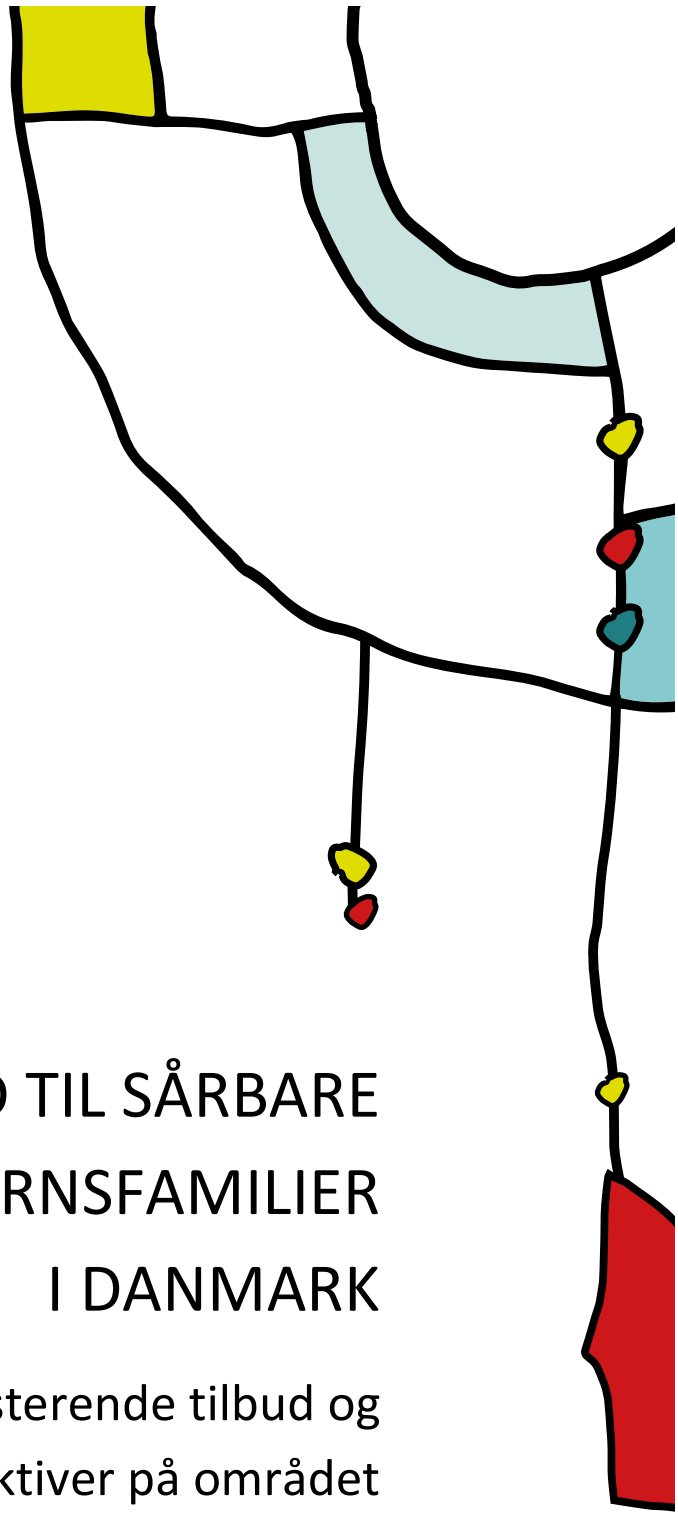


UDVIDEDE TILBUD TIL SÅRBARE GRAVIDE OG SMÅBØRNSFAMILIER I DANMARK

Kortlægning af eksisterende tilbud og fremtidsperspektiver på området

Signe Groth Andersson, Amalie Utzon, Elsebeth Kirk Muff,
Pauline Hagensen, Tina Hjulmann Meldgaard og
ekstern konsulent Else Guldager

September 2014

Socialt Udviklingscenter SUS

DET OBELSKE FAMILIEFOND

Indholdsfortegnelse

1. Indledning 4
2. Læsevejledning 6
3. Centrale pointer 7
4. Metode 11
5. Undersøgelsens respondenter 13
6. Sårbare gravide og småbørnsfamilier 18
7. Almene tilbud til gravide og småbørnsfamilier 21
   - De almene tilbud målrettet gravide på fødestederne 22
   - Fødsels- og forældreforberedelse 22
   - Fødestedernes tilbud målrettet gravide med specifikke problemstillinger 23
   - Sundhedsplejens graviditetsbesøg og hjemmebesøg 24
   - Forældrekurser 27
8. Udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier 30
   - Antal udvidede tilbud til målgruppen på fødesteder og i kommuner 30
   - Mål i de beskrevne tilbud 32
     - *Primære mål for fødestedernes udvidede tilbud 32*
     - *Primære mål for kommunernes udvidede tilbud 34*
   - Hvilke målgrupper modtager de udvidede tilbud? 36
     - *Brugerne af fødestedernes udvidede tilbud 36*
     - *Brugerne af de kommunale udvidede tilbud 37*
   - De udvidede tilbuds indhold 38
     - *Indholdet i de udvidede tilbud på fødestederne 39*
     - *Indholdet i de udvidede kommunale tilbud 40*
   - Familiehuse som en del af det udvidede tilbud i kommunerne 42
   - Samlet karakteristik af de udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier 45
9. Involvering af faren 47
   - Involvering af faren i udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier 47
10. Kvalitetssikring og evaluering 52
    - Evalueringer af de udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier 52
11. Opsporing af sårbare gravide og småbørnsfamilier 55
    - Kommunernes rolle i forhold til tidlig opsporing af sårbare gravide 55
    - Praktiserende lægers rolle i forhold til tidlig opsporing og henvisning 57
12. Rammer for det tværsektorielle samarbejde 60
    - Sundhedsaftaler mellem fødesteder og kommuner 61
    - Fødeplaner 64
    - Øvrige koordineringsredskaber 65

Opsamling på rammerne for det tværsektorielle samarbejde 70

14. Rammer for det tværfaglige samarbejde 72

Sundhedsplejens organisatoriske placering 73
Tværfaglige samarbejdsformer 75
Tværfaglige fora 78
Opsamling på rammerne for det tværfaglige samarbejde 80

15. Fagprofessionelles visioner på området 83

Fødesteder: Størst potentiale i det tværsektorielle samarbejde 83
Kommuner: Størst potentiale i det tværfaglige samarbejde og en styrket almen indsats 84
Fremtidsperspektiver i forældrekurser 85
Fremtidsperspektiver i det tværfaglige samarbejde internt i kommunerne 86
Fremtidsperspektiver i det tværsektorielle samarbejde 86
Fremtidsperspektiver ved involvering af faren i tilbuddene 87
Fremtidsperspektiver ved øget brugerinddragelse 87

16. Referenceliste 89

17. Appendix 92

Bilag 1: Svangreomsorgens niveauinddeling 92
Bilag 2: Børnelinealen 93
Bilag 3: Spørgeskemaer til fødesteder og kommuner 95

1. Indledning

I de seneste femten år har der i Danmark været stigende fokus på vigtigheden af en forebyggende og tidlig indsats på børneområdet. Herunder fokus på behovet for en ekstra indsats målrettet sårbare gravide og småbørnsfamilier.[1]

Internationalt har flere ekspertgrupper under organisationer som WHO, EU, OECD og UNICEF (fx WHO 2007 eller Commission of the European Communities 2008) påpeget, at der er behov for en stærkere satsning på støtte i forbindelse med børns tidlige udvikling.

Sundhedsstyrelsen forventer, at en styrket indsats i den allertidligste barndom vil føre til positive økonomiske, sociale og helbredsmæssige effekter. Den sociale ulighed og de samfundsmæssige tab, som en negativ udvikling fører med sig, kalder på indsatser tidligt i livet, fordi der er langt flere positive effekter af disse end af senere indsatser (Sundhedsstyrelsen 2011). Sårbare gravide og småbørnsfamilier har større både sociale og fysiologiske udfordringer senere i familielivet sammenlignet med familier uden sårbarhed (Marklund og Simic (red.) 2012; SFI 2010).[2]

Under graviditeten, fra den gravide er omkring 10 uger henne og frem til omkring uge 30, er interventioner målrettet forskellige elementer af det gravides pars liv særligt effektive (Broden 2007, Marklund og Simic (red.) 2012, Stern 1999 og 2004).

I de senere år er der derfor kommet endnu mere opmærksomhed på sundhed, tilknytning og tidligt samspil mellem forældre og deres børn, og på hvordan disse elementer bedst understøttes i nye familier, både før og efter fødslen. Det gælder både i de almene tilbud og i de udvidede tilbud målrettet sårbare gravide og småbørnsfamilier.

Alle familier, der venter barn, får tilbud om konsultationer hos praktiserende læge og jordemoder, fødsels- og forældreforberedelse og eventuelt besøg i hjemmet af en sundhedsplejerske. Der er tiltagende fokus på, hvordan der kan etableres bedre sammenhæng mellem de almene tilbud og de udvidede tilbud til gravide og småbørnsfamilier med fysiske, psykiske eller sociale udfordringer.

Der er mange aktører på området. Med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen (Sundhedsstyrelsen 2013), Vejledning om de forebyggende sundhedsydelser til børn og unge (Sundhedsstyrelsen 2011) samt lovgivningen på det sociale område forsøger fødesteder og kommuner at iværksætte udvidede tilbud målrettet sårbare gravide og småbørnsfamilier. 98 kommuner og 22 fødesteder tilbyder en bred vifte af forskellige tilbud og indsatser, og også frivillige organisationer har i stigende omfang fokus på støtte til denne målgruppe.

[1] Det fremhæves især som særligt væsentligt med det hovedsigte at understøtte sundhed, velfungerende familier og god trivsel og

[2] Børn i sårbare familier bliver også hyppigere født præmaturt, dør i forbindelse med fødslen, har lav fødselsvægt og eller dør som spæde (Sundhedsstyrelsen 2009, Sundhedsstyrelsen 2011).

I forhold til forebyggelse og tidlig indsats er det interessant at fokusere på de sårbare gravide og småbørnsfamilier, som har et behov, der ligger i gråzonen mellem det, som de almene kommunale og regionale sundhedstilbud tilbyder, og de mere omfattende foranstaltninger, som der visiteres til med afsæt i fx lov om social service. Denne rapport beskæftiger sig med de udvidede tilbud til netop denne ikke særligt veldefinerede målgruppe.

Der har ikke hidtil eksisteret et samlet overblik over omfang, indhold og organisering af disse udvidede tilbud. Ligeledes har beskrivelserne af sammenhængen mellem de almene tilbud til alle familier og de udvidede tilbud målrettet sårbare familier været mangelfulde. Det gør det vanskeligt at arbejde målrettet med at udvikle tilbuddene til sårbare gravide og småbørnsfamilier. Behovet forstærkes af, at der p.t. er flere satspuljeinitiativer både på sundheds- og socialområdet, ligesom tilbud om fx forældrekurser bliver almindelige i stadig flere kommuner og regioner.

For regioner og kommuner er det en udfordring at opspore sårbare gravide så tidligt som muligt på tværs af tilbuddene i de forskellige organisatoriske systemer. Opsporingen er nødvendig for at afklare, hvilke problemstillinger der er behov for hjælp til, og så man tidligt i graviditeten kan tilbyde målrettede, attraktive og virksomme tilbud, som de gravide er motiverede for. I denne ret komplicerede proces er der risiko for, at gravide og småbørnsfamilier, der burde modtage et målrettet tilbud, ikke får det. Eller at familierne modtager et tilbud, der ikke tager hånd om de specifikke udfordringer, de har.

En anden udfordring er, at der mangler systematisk opfølgning på og vurdering af effekten af lokale projekter og initiativer. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om styrket kvalitetsudvikling gennem systematisk opsamling af erfaringer, evalueringer og vidensdeling (Sundhedsstyrelsen 2013) afspejles kun i begrænset omfang i nationale videnskabelige redegørelser, evalueringsrapporter o.a.

Det Obelske Familiefond ønsker med denne rapport at medvirke til at skabe et overblik over omfanget og karakteren af de eksisterende udvidede tilbud på fødesteder og i kommuner målrettet sårbare gravide og småbørnsfamilier. Desuden ønsker fondet at afdække, hvilke behov og udviklingspotentialer jordemødre, sundhedsplejersker og andre fagprofessionelle, som arbejder med denne målgruppe, ser. Samt hvilke ønsker de har for den fremtidige indsats på området.

2. Læsevejledning

Rapporten tager udgangspunkt i en analyse af online spørgeskemaer om tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier sendt til samtlige fødesteder og kommuner i Danmark samt input fra en heldagsworkshop i august 2014, hvor godt fyrre praktikere, der arbejder med sårbare gravide og småbørnsfamilier, i fællesskab arbejdede med fremtidens indsatser for målgruppen. Rapporten er bygget op omkring særligt centrale temaer identificeret i analysen af datamaterialet og suppleret med viden fra workshoppen, og er primært en deskriptiv kortlægning af tilbuddene anno foråret 2014.

Efter læsevejledningen følger et kapitel, der opsummerer rapportens *centrale pointer*. Dette efterfølges af *metodekapitel,* der beskriver dataindsamlings- og analyseprocessen for rapporten. Herefter kommer et kapitel, der beskriver *undersøgelsens respondenter*, samt et kapitel om den gruppe af *sårbare gravide og småbørnsfamilier*, som undersøgelsen og workshoppen tager udgangspunkt i. I de følgende kapitler præsenteres et udvalg af undersøgelsens resultater i temaerne *almene tilbud til gravide og småbørnsfamilier* samt *udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier*. Herefter fokuseres på specifikke elementer, der i undersøgelsen og på workshoppen særligt har skilt sig ud; et kapitel om *farens involvering* i udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier, et kapitel om *kvalitetssikring og evaluering* samt et kapitel om *opsporing* af målgruppen. De efterfølgende kapitler fokuserer specifikt på *rammerne for det tværsektorielle samarbejde* og *rammerne for det tværfaglige samarbejde* omkring udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier. Afslutningsvis sætter rapporten fokus på *fagprofessionelles visioner på området.*

I rapporten suppleres resultaterne fra undersøgelsen med beskrivelser af et udpluk af de udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier. Det er eksempler, som mere illustrativt beskriver, hvordan sådanne tilbud kan se ud. Beskrivelserne er blevet til i en dialog med centrale medarbejdere i de enkelte tilbud, enten ved besøg eller telefonsamtaler. De er markeret med en anden baggrund end resten af rapporten.

Rapporten fokuserer hovedsageligt på organisatoriske forhold såsom fx indhold og fokus i tilbuddene, tværsektorielt og tværfagligt samarbejde. Dette betyder, at rapporten kun overfladisk beskæftiger sig med den teoretiske og faglige baggrund for tilbuddene, hvordan de i praksis udføres, samt effekten på brugerniveau og brugernes egen oplevelse af tilbuddene.

3. Centrale pointer

I dette kapitel præsenteres centrale pointer fra undersøgelsens resultater med udgangspunkt i rapportens kapitler.

Sårbare gravide og småbørnsfamilier

Sårbare gravide og småbørnsfamilier har brug for mere end det almene tilbud for at få hverdagen som familie til at hænge sammen, men har (endnu) ikke så omfattende støttebehov, at de er tilknyttet familieambulatorier eller er visiteret til mere omfattende foranstaltninger fra kommunens side. Det er en målgruppe, som ikke er særligt klart defineret – hverken i kommunalt eller regionalt regi. De har forskellige udfordringer og behov, hvorfor de tilbud, de kan modtage, spænder vidt.

Sårbarhed er en svær størrelse at beskrive – og særligt omkring denne målgruppe, som er præget af at være i krydsfeltet mellem en sundhedsfaglig og en socialfaglig tilgang i vurdering af såvel udfordring som løsning.

Almene tilbud til gravide og småbørnsfamilier

Samtlige gravide og småbørnsfamilier i Danmark modtager tilbud om konsultationer hos praktiserende læge og jordemoder, fødsels- og forældreforberedelse samt besøg af sundhedsplejerske. Dette suppleres med tilbud målrettet specifikke problemstillinger som fx rygning og overvægt, og tilbud om forældrekurser. Disse almene tilbud er forskellige i forhold til fx mål, indhold og varighed, og i forhold til hvilke fagprofessionelle der varetager dem. Nogle tilbud tager udgangspunkt i individuelt tilpasset støtte og varetages primært af én aktør (fx konsultationer hos jordemoder og praktiserende læge og Sundhedsplejens hjemmebesøg), mens andre foregår i grupper og varetages i et samarbejde mellem flere aktører (fx fødsels- og forældreforberedelse og forældrekurser).

Fælles for alle de almene tilbud er, at er de sundhedsfremmende og målrettet alle gravide og småbørnsfamilier, og at de samtidig er udgangspunktet for opsporing af sårbare gravide og småbørnsfamilier. Den viden og de erfaringer, som gravide og småbørnsfamilier får i de almene tilbud, danner basis for de udvidede tilbuds indhold.

Udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier

Undersøgelsen viser et billede af forskellige typer tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier samt at de enkelte tilbud rummer modtagere fra en bred og ikke særligt veldefineret målgruppe. Der er ikke markante regionale og lokale forskelle på antal tilbud og indhold i tilbuddene.

Involvering af faren

Et særligt fokus på far er væsentligt for at udnytte hans ressourcer med det formål at understøtte og stimulere barnets og familiens udvikling. Dette positive potentiale ved at *involvere faren* i enten særskilte tilbud til ham eller på lige fod med moren anerkendes bredt, og resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at det organisatoriske og praktiske fokus på faren i tilbud til sårbare småbørnsfamilier kan forbedres.

Kvalitetssikring og evaluering

Meget få af de eksisterende tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier evalueres løbende, og det betyder, at viden om virkning samt ressource- og kompetencekrav går tabt, og at det bliver svært at udvikle fremtidens indsatser på baggrund af dokumenterede velfungerende indsatser. Det anerkendes bredt, at der er stort potentiale for yderligere kvalitetsudvikling af tilbuddene til sårbare gravide og småbørnsfamilier ved i højere grad at prioritere videns- og erfaringsudveksling gennem evalueringer af eksisterende tilbud.

Opsporing af sårbare gravide og småbørnsfamilier

Den tidlige opsporing af de sårbare gravide og småbørnsfamilier er central for effekten af den udvidede indsats – og her spiller de almene tilbud hos praktiserende læge, jordemødre og sundhedsplejerskerne samt det tværsektorielle samarbejde mellem fødesteder og kommuner en afgørende rolle.

Undersøgelsen viser, at kommunernes mulighed for at opspore sårbare gravide og småbørnsfamilier med fordel kan styrkes for at sikre, at målgruppen så tidligt som muligt modtager de tilbud, de har behov for. Ved at sikre en bedre kontakt mellem almen praksis og tilbuddene til sårbare gravide og småbørnsfamilier på fødesteder og i kommuner kan man forebygge, at målgruppen 'falder igennem' et hul i samarbejdet.

Der er desuden bred enighed på feltet omkring, at praktiserende lægers rolle i forhold til opsporing af sårbare gravide og småbørnsfamilier bør styrkes. På workshoppen for fagprofessionelle blev det pointeret, at praktiserende lægers potentialer for opsporing bør udnyttes bedre og at det er nødvendigt med et stærkere samarbejde med dem for at sikre dette.

Rammer for det tværsektorielle samarbejde

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at der er gode erfaringer at hente fra de steder, hvor der er konkrete retningslinjer og forpligtende aftaler omkring tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier i fødeplaner og sundhedsaftaler. Den viser også, at der i flere kommuner og regioner er et potentiale for bedre anvendelse af sundhedsaftalerne og fødeplanerne som ramme for samarbejdet. Ud over fødeplanen og sundhedsaftalerne er der desuden gode erfaringer med at anvende andre koordineringsredskaber i det tværsektorielle samarbejde, og der er ligeledes et potentiale i udbredelsen af disse.

Sammenfattende peger det på at det tværsektorielle samarbejde kan styrkes yderligere med det formål at understøtte de udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier. Dette kan ske ved et øget fokus på potentialet i både de lovpligtige sundhedsaftaler, fødeplanerne og i de øvrige koordineringsredskaber, som i varierende grad anvendes på fødesteder og i kommuner.

Rammer for det tværfaglige samarbejde

I forhold til rammerne for det tværfaglige samarbejde internt i kommunerne viser det sig, at det varierer fra kommune til kommune i hvilket regi Sundhedsplejen organisatorisk er placeret, og at det kan have betydning for karakteren af den tværfaglige indsats, fx hvorvidt der er et tværfagligt familiehus i tilknytning til de udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier.

Det er desuden forskelligt i hvilket grad der er et formaliseret samarbejde omkring de sårbare gravide og småbørnsfamilier. Lidt under halvdelen af kommunerne samarbejder ad hoc fra sag til sag, hvorimod resten har en eller anden grad af formaliseret samarbejde. Der er umiddelbart gode erfaringer at hente i de formaliserede samarbejder, da den gennemsnitlige vurdering, af i hvilken grad samarbejdsformen understøtter samarbejdet omkring de sårbare gravide og småbørnsfamilier, er betydelig højere.

Der arbejdes generelt tværfagligt i kommunerne i den forstand, at Sundhedsplejen indgår i samarbejder med dagtilbud og skoler ved udarbejdelse af § 50 undersøgelser og i form af intern undervisning på tværs af fagområder i de fleste kommuner. Herudover er anvendelse af formaliserede tværfaglige fora for arbejdet med de sårbare gravide og småbørnsfamilier forholdsvis udbredt – og de vurderes positivt af respondenterne.

En del af kommunernes respondenter beskriver, at det interne tværfaglige samarbejde kan forbedres. En af de ting, som flere fremhæver som en udfordring, er løbende organisatoriske ændringer – både internt i kommuner, i andre sektorer og på tværs af sektorer.

Overordnet giver dette anledning til en opmærksomhed omkring, hvad den organisatoriske placering af Sundhedsplejen kan få af betydning for den tværfaglige indsats, der ydes til sårbare gravide og småbørnsfamilier, men peger samtidig på et potentiale i forhold til at udbrede mere formaliserede samarbejdsformer omkring målgruppen, som der er gode erfaringer med.

Fagprofessionelles visioner på området

Respondenterne fra fødestederne angiver, at tiltag, der tager udgangspunkt i det tværsektorielle samarbejde, har størst potentiale i forhold til at styrke indsatsen over for sårbare gravide og småbørnsfamilier i fremtiden. De kommunale respondenter fokuserer primært på potentialet i det interne samarbejde i kommunen samt på potentialet i en styrket indsats i de almene tilbud – både kollektivt og individuelt – i form af forældrekurser og flere hjemmebesøg. Både respondenterne fra fødestederne og fra kommunerne ser et potentiale i et øget fokus på forældrekurser og på brugerinddragelse i tilrettelæggelse af tilbuddene. Herudover peger særligt de kommunale respondenter på, at man i fremtiden bør styrke farens involvering i tilbuddene yderligere.

4. Metode

Rapporten tager afsæt i både kvantitativ og kvalitativ data.

Kvantitativt er der sendt to forskellige online spørgeskemaer til henholdsvis ledende jordemødre på alle landets fødesteder og alle ledere af sundhedsordninger for børn og unge i landets kommuner. Spørgeskemaerne blev udarbejdet i foråret 2014 og besvaret af fødesteder og kommuner i april/maj 2014.

En række fagpersoner var involveret i udarbejdelsen af spørgeskemaerne for at sikre fokus og relevans. Jordemoderforeningen, Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen er alle kommet med input til spørgeskemaerne, og udvalgte ledende jordemødre og sundhedsplejersker testede skemaerne, før disse blev formidlet via et link til spørgeskemaerne.

Sundhedsplejerske og ph.d. i sundhedsvidenskab Else Guldager har været tilknyttet projektet som ekstern konsulent gennem hele forløbet og har deltaget i både udvikling og analyser af spørgeskemaer, tilrettelæggelse af workshop og udarbejdelse af rapport.

Spørgeskemaet til kommunerne er formidlet til ledere af sundhedsordningerne i samtlige 98 kommuner i Danmark. Der er sendt mail med påmindelser to gange, og de steder, hvor det har været vanskeligt at finde den rette person til at svare fx ved lederskift, er den rette person fundet via telefonisk henvendelse. Respondenter fra 79 (81 %) af landets 98 kommuner har besvaret skemaet.

Spørgeskemaet til fødestederne er formidlet til 22 ledende jordemødre, der til sammen dækker landets fødesteder fordelt på fem regioner. Der er sendt mail med påmindelser to gange og rettet telefonisk henvendelse i de tilfælde, hvor det har været vanskeligt at finde den rigtige person til at svare på skemaet. 19 respondenter fra fødesteder har besvaret spørgeskemaet (86 %).

I spørgeskemaerne er respondenterne blandt andet blevet bedt om at beskrive henholdsvis fødestedernes og kommunernes udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier et ad gangen, som tilbud 1, 2, 3 osv. Respondenterne blev desuden opfordret til at maile beskrivelser, evalueringer mv. af de tilbud som de beskrev, i kort form, i spørgeskemaet til Socialt Udviklingscenter SUS. Nogle respondenter beskriver ét tilbud, mens andre beskriver op til fem forskellige tilbud. Det er forskelligt, hvor omfattende de enkelte beskrevne tilbud er. Det er altså ikke *antallet* af tilbud på det enkelte fødested eller i den enkelte kommune, der viser noget om omfanget af fødestedets eller kommunens tilbud. En kommune kan fx have ét tilbud, som er meget omfattende og indeholder en bred vifte af forskellige elementer, og en anden kommune kan have fem tilbud, som hver indeholder ét eller to elementer.

Det var ikke obligatorisk at svare på alle spørgsmål i spørgeskemaerne, hvorfor svarprocenten er forskellig i spørgsmålskategorierne. Svarene er efterfølgende blevet overført til statistikprogrammet SPSS, hvorfra analysen er gennemført. I den primære del af rapporten præsenteres besvarel-

serne af hvert enkelt spørgsmål deskriptivt i både absolutte tal og i procenter. Når der i teksten refereres til procenttal fremgår dette tydeligt, og procenttallene vil være rundet op eller ned til nærmeste hele tal.

Udover den deskriptive del af analysen fokuserede den også på at undersøge sammenhænge mellem fx forskellige baggrundsfaktorer og typen af tilbud, tværfagligheden og samarbejdet. Til dette er anvendt chi^2-test til at måle sammenhængenes signifikans og gamma-test til at belyse retningen på sammenhængene. Der er anvendt et signifikansniveau på 0,05. Signifikansniveauet er sandsynligheden for, at resultatet er fremkommet ved en tilfældighed. Under dette niveau er en sammenhæng vurderet som statistisk signifikant (eller 'markant'). Det betyder, at man forkaster resultatet, hvis der er mere end 5 % risiko for, at man tager fejl. I analysen er kun de statistisk signifikante sammenhænge fremhævet. Der er især blevet set nærmere på betydningen af kommunernes størrelse (indbyggertal), regionstilknytningen, antallet af tilknyttede kommuner (samarbejdspartnere) til hvert fødested, stedernes organisatoriske opbygning, målene med tilbuddene, medarbejdernes faglige baggrunde og finansieringen af tilbuddene. Disse baggrundsfaktorer har vist sig at have betydning for forskellige faktorer, men ingen af dem kan siges at have en generel indflydelse på mange variable. Det hænger sammen med, at tilrettelæggelsen af tilbud og samarbejde er forholdsvis ens på fødestederne og i kommunerne.

Spørgeskemaundersøgelserne blev suppleret af input fra fagprofessionelle på området, der var samlet til en tolv timers workshop d. 20. august 2014 med det formål at kommentere på data fra undersøgelsen og – på baggrund af gruppens samlede erfaringer, viden og kompetencer – udvikle idéer til, hvordan den fremtidige indsats for målgruppen kan styrkes yderligere. 35 fagfolk, der alle arbejder med eller har anden erfaring med sårbare gravide og/eller småbørnsfamilier og repræsenterer faggrupper som sundhedsplejersker, jordemødre, socialrådgivere, pædagoger, praktiserende læger o.a., var samlet på dagen. Organisationer som Sundhedsstyrelsen[3], Jordemoderforeningen og Foreningen for Ledere af Sundhedsordninger var også repræsenteret.

[3] Socialstyrelsen var også inviteret men kunne desværre ikke deltage på dagen.

5. Undersøgelsens respondenter

Nedenfor ses de specifikke fødesteder, som respondenterne fra fødestederne kommer fra. Én respondent har ikke angivet regionstilknytningen for det fødested, som hun er tilknyttet. De fem regioner er nogenlunde lige repræsenteret.

Tabel 1: De deltagende fødesteders regionale repræsentation

Region	Fødesteder i alt i Danmark	Deltagende fødesteder i undersøgelsen	Repræsentationsandel
Region Hovedstaden	5	4	80,0 %
Region Sjælland	4	3	75,0 %
Region Midtjylland	7	5	71,4 %
Region Nordjylland	3	2	66,7 %
Region Syddanmark	4	3	75,0 %
Fødesteder i alt	*26*	*18*[4]	*100 %*

Kilde: Spørgeskema til fødesteder

Det skal bemærkes, at nogle fødesteder hører under samme hospitalsenhed, og at den ledende jordemoder herfra derfor har svaret på vegne af to fødesteder. Dette svar indgår således i undersøgelsen som ét svar og ikke to. Det gælder fx fødestederne Holstebro og Herning Regionshospitaler, der begge hører under Hospitalsenheden Vest.

77 af de kommunale respondenter har angivet[5], hvor mange fødesteder kommunen er tilknyttet. De fleste (49 ud af 79) er tilknyttet et eller to fødesteder, mens 28 er tilknyttet tre eller flere fødesteder:

[4] 19 fødesteder har deltaget i undersøgelsen, men kun 18 fremgår i denne tabel, da en respondent ikke har angivet regionstilhørsforholdet for fødestedet.

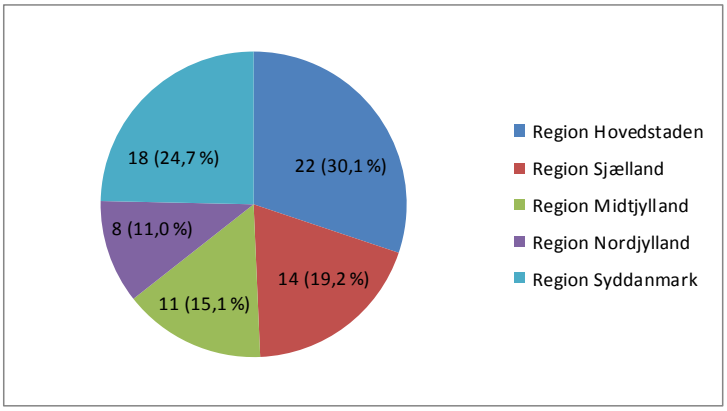
[5] Tre kommuner har angivet, at de ikke er tilknyttet noget fødested. Dette må antages at være en fejl.

Tabel 2: De deltagende kommuners fordeling på fødesteder

Hvor mange fødesteder er kommunen tilknyttet?	Antal	Procent
1 fødested	18	23,4 %
2 fødesteder	31	40,3 %
3 fødesteder	17	22,1 %
4 fødesteder	7	9,1 %
5 fødesteder	3	3,9 %
6 fødesteder	1	1,3 %
Total	77	100,0 %

73 af de 79 respondenter fra kommunerne har angivet, hvilken region de er tilknyttet:

Fig. 1: De deltagende kommuner fordelt på regioner

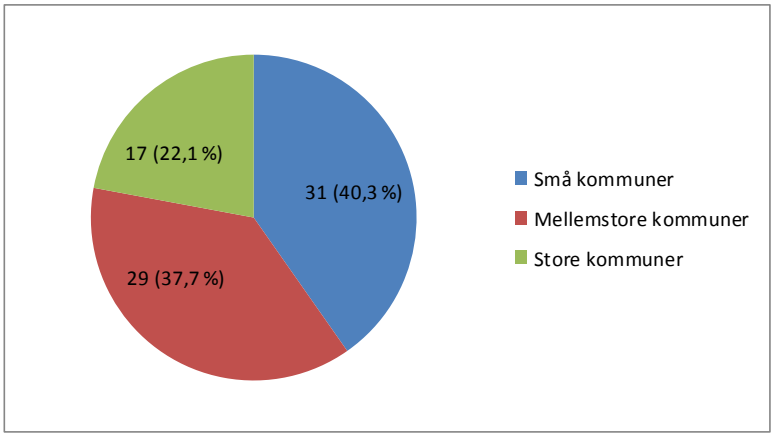


Kilde: Spørgeskema til kommuner. N = 73

De kommunale respondenter har desuden skrevet, hvilken kommune de sidder i. For at belyse, om kommunernes størrelse har betydning for indsatsen overfor sårbare gravide og småbørnsfamilier, er der til analysen blevet foretaget følgende inddeling:

- Kommuner med 1.900-39.000 indbyggere = små kommuner
- Kommuner med 39.001-69.000 indbyggere = mellemstore kommuner
- Kommuner med 69.001-531.000 indbyggere = store kommuner.

Fig. 2: De deltagende kommuners størrelse



Kilde: Spørgeskema til kommuner. N = 77.

I 2013 var der ifølge Danmarks Statistik[6] 55.873 fødsler i Danmark. I spørgeskemaet til de ledende jordemødre er de blevet bedt om at angive, hvor mange fødsler de havde på fødestedet i 2013, og som det fremgår af tabel 1 varierer antallet af fødsler på de enkelte fødesteder betydeligt. Af de fødesteder, der deltog i undersøgelsen, havde Rigshospitalet, Odense Universitetshospital samt Herlev Hospital flest fødsler i 2013, mens Aarhus Universitetshospital: Samsø Sundheds- og Akut-hus samt Bornholms Sygehus havde færrest fødsler.[7]

[6] Se http://www.dst.dk/da/

[7] Skejby Sygehus i Aarhus samt Hvidovre Hospital har ikke besvaret spørgeskemaet, og det præcise antal fødsler i 2013 på disse fødesteder fremgår derfor ikke i tabel 1. Statens Serum Institut angiver, at der var 6.659 fødsler på Hvidovre Hospital i 2012, mens der samme år var 4.748 fødsler på Skejby Sygehus. Hvidovre Hospital må således, hvis man formoder, at antallet af fødsler ligger på et tilsvarende niveau i 2013, være det fødested i landet med flest årlige fødsler. *Fødselsstatistikken. Tal og analyser*, Statens Serum Institut 2012.

Tabel 3: Antal fødsler i 2013 fordelt på fødesteder

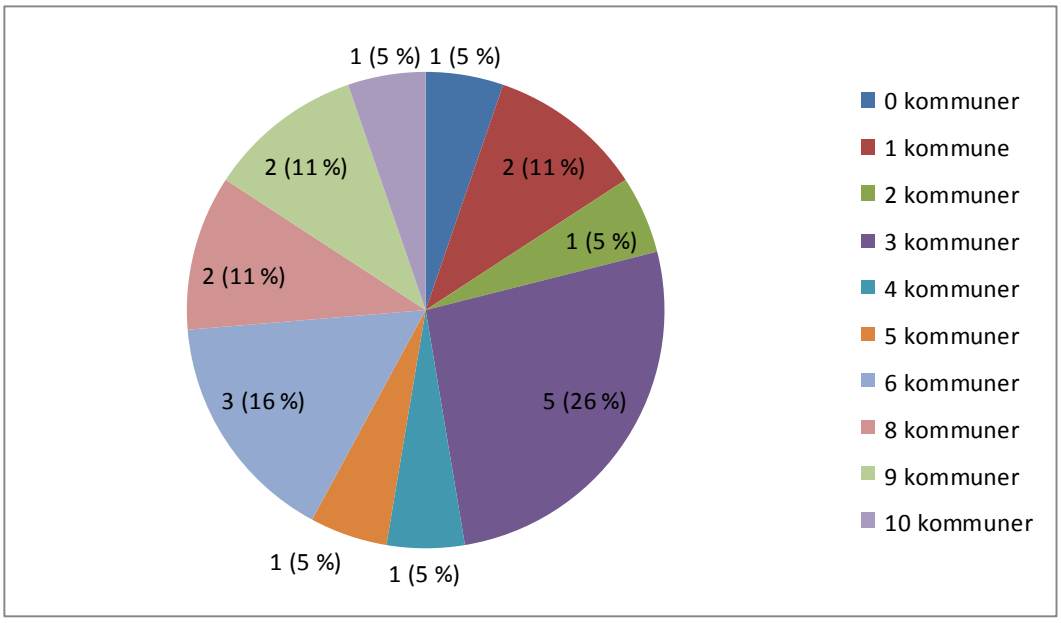
	Antal fødsler	Pro-cent
Rigshospitalet	6300	16 %
Odense Universitetshospital	4300	11 %
Herlev Hospital	4208	10 %
Aalborg Sygehus	3203	8 %
Sygehus Lillebælt: Kolding	3078	8 %
Hospitalsenheden Vest: Regionshospitalet Holstebro + Herning	2738	7 %
Nordsjællands Hospital	2700	7 %
Hospitalsenheden Midt: Regionshospitalet Viborg	2300	6 %
Regionshospitalet Randers	1938	5 %
Sydvestjysk Sygehus: Esbjerg	1893	5 %
Hospitalsenheden Horsens	1750	4 %
Næstved Sygehus	1750	4 %
Holbæk Sygehus	1500	4 %
Sygehus Vendsyssel: Hjørring	1200	3 %
Nykøbing F. Sygehus	718	2 %
Sygehus Thy-Mors: Thisted	556	1 %
Bornholms Hospital	250	1 %
Aarhus Universitetshospital: Samsø Sundheds- og Akuthus	23	0,1 %
I alt	*40.405*	*100 %*

Kilde: Spørgeskema til fødesteder. N = 79.

Fødestederne har et varierende antal tilknyttede kommuner, ligesom indbyggertal i de tilknyttede kommuner varierer betragteligt. Desuden har nogle fødesteder et antal fast tilknyttede kommuner, men tager derudover fødende fra andre kommuner ved særlige tilfælde. For eksempel mod-

tager Rigshospitalet fødende fra to kommuner samt fra Grønland, Færøerne og fra en række andre kommuner, når det drejer sig om gravide med særlige komplikationer. Til sammenligning modtager Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg fødende fra så mange som otte kommuner men har samlet væsentligt færre årlige fødsler. Gennemsnitligt modtager de 19 deltagende fødesteder fødende fra knap fem forskellige kommuner, og spredningen ligger mellem 0 og 10 kommuner at samarbejde med for hvert fødested, som det fremgår af diagrammet nedenfor:

Fig. 3: Antallet af kommuner, der er tilknyttet hvert fødested



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til fødesteder. N = 19.

Med 55.873 fødsler skulle der ifølge Danmarks Statistik have været et gennemsnit på 571 fødsler i hver af de 98 danske kommuner i 2013. Blandt denne undersøgelses 79 deltagende kommuner var gennemsnittet 539 fødsler – og altså nogenlunde repræsentativt for hele landet.

6. Sårbare gravide og småbørnsfamilier

Denne rapport fokuserer på de udvidede tilbud på fødesteder og i kommuner, der er målrettet sårbare gravide og småbørnsfamilier uden et meget omfattende støttebehov. Der er således tale om gravide og småbørnsfamilier, som har brug for mere end det almene tilbud for at få hverdagen som familie til at hænge sammen, men som (endnu) ikke har så omfattende støttebehov, at de er tilknyttet familieambulatorier eller er visiteret til mere omfattende foranstaltninger fra kommunens side. Det er en målgruppe, som ikke er særligt klart defineret – hverken i kommunalt eller regionalt regi. De har forskellige udfordringer og behov, hvorfor tilbuddene spænder vidt. Fra tidsmæssigt udvidede konsultationer på fødestedet og ekstra besøg fra Sundhedsplejen, til længerevarende terapeutiske gruppeforløb eller mulighed for deltagelse i netværksskabende aktiviteter i et familiehus.

Det er vanskeligt at opgøre, hvor mange sårbare børn, der er i Danmark, da begreber som omsorgssvigt, mistrivsel og sårbarhed ikke er klart teoretisk definerede og således vanskeligt målbare. Sundhedsstyrelsen (2011:45) angiver, at 3-5 % af en forældreårgang er sårbare forældre, målt på om børn udvikler tilknytningsproblemer og/eller tilknytningsforstyrrelser. Ud fra disse tal er forældrene til omkring 2.800 af de 55.873 børn i forældreårgang 2013[8] således sårbare, og har af den grund behov for en særlig indsats. Yderligere estimerer SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd på baggrund af registerdata, at cirka 15 % af børn og unge mellem 3-19 år i Danmark kan betegnes som udsatte eller marginaliserede (Ottosen et al., 2010:174). Ud fra disse tal vil godt 8.300 af de 55.873 børn i årgang 2013 således vokse op som 'sårbare børn' – og have behov for ekstra støtte og omsorg.

Der arbejdes på fødesteder og i kommuner ud fra forskellige målgruppedefinitioner og -beskrivelser. Fødestederne tager udgangspunkt i den niveauinddeling for svangreomsorgen og den tværfaglige indsats, som beskrives af Sundhedsstyrelsen i Anbefalinger for svangreomsorgen (Sundhedsstyrelsen 2013). Denne niveauinddeling er udarbejdet med henblik på at differentiere den støtte, som ydes målrettet obstetriske, sociale og psykiske risikofaktorer (se bilag 1). Ud fra denne niveauinddeling kan gruppen af sårbare gravide og småbørnsfamilier afgrænses til niveau tre. Sundhedsstyrelsen skriver, at det fx kan være gravide med psykologiske/psykiatriske problemer, eller gravide, som har nyopståede eller kroniske somatiske lidelser, der fordrer samarbejde med andre speciallæger. Det kan også være gravide med mere udfordrende sociale problemstillinger af enten økonomisk eller familiær karakter, som kan have behov for et udvidet tilbud om kontakt til og støtte fra sundhedsvæsenet eller socialforvaltningen. Dette indebærer et tværfagligt samarbejde med andre faggrupper i sundhedssektoren og/eller tværsektorielt samarbejde med kommunen eller andre eksterne aktører som fx frivillige organisationer og praktiserende læger.

Differentieringen hos fødestederne skifter fra niveau tre til fire, når der er tale om gravide med særlige komplicerede problemstillinger, fx rusmiddelproblemer, svære psykiske/psykiatriske lidel-

[8] Se Danmarks Statistik: http://www.dst.dk/da/

ser og/eller alvorlig social belastning, og hvor der med høj sandsynlighed vil blive vanskeligheder med tilknytningen mellem mor og barn og varetagelse af barnets tarv. Her indebærer den støtte, som skal gives, et samarbejde med specialiserede institutioner som fx familieambulatorium, familieinstitutioner og/eller andre behandlingstilbud.

I Sundhedsstyrelsens vejledning til kommunerne om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge er der ikke en tilsvarende differentiering. Her dækker gruppen sårbare forældre og sårbare børn over alkoholmisbrug og rusmiddelproblemer, børn med forældre, der har psykisk sygdom, alvorligt omsorgssvigt, fødselsdepression, børn med handicap og kroniske sygdomme samt børn i familier med anden etnisk baggrund end dansk. Der differentieres her ikke ud fra graden af sårbarhed og forskelle med hensyn til tilbuddenes omfang. Flere kommuner har derfor udarbejdet deres eget differentieringssystem, og en hel del kommuner tager udgangspunkt i definitionerne fra Børnelinealen, som skelner mellem børn i trivsel, børn i faldende trivsel, sårbare børn og truede børn (se bilag 2 og se fx SFI 2010 og Aalborg Kommune 2009).

Om end definitionerne i fødestedernes niveaudeling ikke er entydige, så understøtter redskabet en differentiering af målgruppen og tilbuddene og fastsætter et fælles sprog om målgruppen, ligesom niveauinddelingen understøtter en vurdering af, hvornår der er behov for støtte og tilbud til hvem. Hvis samtlige kommunerne tager udgangspunkt deres eget differentieringssystem – eller hvis de ikke har noget – er det en udfordring på tværs af sektorer at blive enige om, hvem målgruppen er, og det gør det vanskeligt at tale om, hvilke behov for støtte og udvidede gruppen af sårbare har.

Sårbarhed er, som det fremgår ovenfor, en svær størrelse at beskrive – og særligt omkring denne målgruppe, som er præget af at være i krydsfeltet mellem en sundhedsfaglig og en socialfaglig tilgang i vurdering af såvel udfordring som løsning. Blandt andet derfor lader de udvidede tilbud målrettet sårbare gravide sig ikke afgrænse til ”niveau 3” eller ”sårbare børn”.

I spørgeskemaerne er kommuner og fødesteder blevet bedt om – med udgangspunkt i henholdsvis Børnelinealens og Sundhedsstyrelsens inddelinger – at beskrive de tilbud, de har på det enkelte fødested/kommune, som er målrettet gravide og småbørnsfamilier, der er i gråzonen mellem at være i trivsel og have behov for mere omfattende foranstaltninger og/eller behandlingstilbud.

FAMILIENS HUS: At favne bredt

HØJE TAASTRUP KOMMUNE

"Vi er en udvidet familie… det kan man ikke måle"

Hvad er Familiens Hus?
Familiens Hus er et tilbud til alle gravide under 27 år i Høje Taastrup Kommune, der er blevet til i et tæt partnerskab mellem Mødrehjælpen og Høje Taastrup Kommune. Projektets primære mål er øget beskæftigelse og uddannelse hos målgruppen. De sekundære mål er at give familierne forældrekompetencer og netværk. Man bruger bevidst de sekundære mål til at sikre de primære, da det at få styr på situationen som familie er altafgørende for, at man kan komme i beskæftigelse og uddannelse.
Tilbuddet er finansieret af satspuljemidler, og er der er etableret en søsterafdeling i Esbjerg Kommune.
Aktiviteterne i tilbuddet er baseret på standardiserede manualer. Familiens Hus arbejder tværfagligt og har mange forskellige faggrupper tilknyttet tilbuddet. Senest er Region Hovedstadens jordemoderkonsultation blevet tilknyttet, så de kan sikre kontakt med kvinderne allerede i starten af graviditeten.
Selve aktiviteterne i Familiens Hus spænder bredt over åbne arrangementer som foredrag, personlige forløb som mentorordning og samtaletilbud, fællesaktiviteter som fødselsforberedelse og forældrecafé, træning i hverdagsmestring og endelig vejledning og praktiktilbud til uddannelse- og jobmarkedet.

Hvad er Familiens Hus særligt dygtige til?
Den særlige organisatoriske konstruktion, hvor frivillige og kommunale kræfter fra Mødrehjælpen er samlet under ét tag, giver muligheder for nye og mere tillidsfulde relationer til familierne. Kvinderne oplever, at medarbejderne er loyale over for dem, og det skaber en tillid, som muliggør, at medarbejderne kan fungere som "buffer" mellem brugerne og det øvrige kommunale system. Det gør kvinderne mere kompetente, men skaber også en mere nuanceret tilgang til fx beskæftigelsesindsatsen, når medarbejderne kan videndele på tværs.
Den brede vifte af aktiviteter, som Familiens Hus tilbyder, betyder, at kvinderne har et sted, de kan henvende sig med deres forskellige typer af hverdagsudfordringer og problemer. Det gør, at selve henvendelsen i Familiens Hus er mere uproblematisk, end hvis tilbuddet udelukkende havde tilbudt højt specialiserede socialfaglige tilbud. Familiens Hus har karakter af en åben rådgivnings- og netværkscentral, og det skaber et godt udgangspunkt for de øvrige tilbud, huset har. Familiens Hus har fokus på socialt arbejde gennem gruppearbejde, og ca. 70 % af medarbejdernes tid skal bruges på gruppebaserede aktiviteter for målgruppen. De åbne rådgivning og de individuelle tilrettelagte samtaleforløb er derfor en mindre del af husets tilbud og skal understøtte brugernes deltagelse i gruppeforløbene.

Hvordan kan Familiens Hus blive endnu bedre?
Medarbejderne i Familiens Hus giver udtryk for, at målgruppen kan nås bedre ved at brede tilbuddet ud i forhold til alder og sproglige forudsætninger. Aldersgrænsen på 27 år mener de ikke er relevant, da kvinder, der er fyldt 27 år, kan have samme behov som de yngre kvinder, og da aldersgrænsen skaber et uhensigtsmæssigt stigm om det at være ung mor. Derudover vil medarbejderne gerne arbejde med i endnu højere grad at sikre inklusion af kvinder med anden etnisk minoritetsbaggrund end dansk.
Den store drøm at kunne samle alle kommunens tilbud til målgruppen i ét hus. En slags "familieinnovationscenter", der vil muliggøre flere af de indsatser, som medarbejderne ser et fremtidigt potentiale i. Det kunne desuden være en fordel at oprette en tilknyttet boenhed for målgruppen, hvor de har mulighed for i trygge omgivelser at opbygge deres forældrekompetencer.

Ovenstående beskrivelse er blevet til i en dialog med centrale medarbejdere i Familiens Hus, ved besøg og/eller telefonsamtaler.

7. Almene tilbud til gravide og småbørnsfamilier

Når sårbare gravide og småbørnsfamilier har brug for en tidlig indsats, er det centralt, at tilbuddet igangsættes hurtigt efter, det har vist sig, at den gravide er sårbar og har behov for hjælp ud over de almene tilbud, som alle gravide og småbørnsfamilier får. Ofte er det via kontakt med forældrene i regi af de almene tilbud, at praktiserende læger, jordmødre eller sundhedsplejersker via screeninger eller samtaler får blik for en sårbar gravid eller småbørnsfamilie, som har behov for en udvidet indsats. Samtidig vil det i sagens natur være sådan, at det udvidede tilbud starter der, hvor det almene tilbud ikke er tilstrækkeligt – omfanget af den almene indsats vil derfor have betydning for, hvordan den udvidede indsats ser ud. Den kortlægning af den udvidede indsats for sårbare gravide og småbørnsfamilier, der præsenteres i denne rapport, skal derfor ses i sammenhæng med nedenstående beskrivelse af fødestedernes og kommunernes almene tilbud.

Kommuner og regioner i Danmark har – med udgangspunkt i sundhedslovgivningen – en vifte af almene sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende tilbud målrettet alle gravide og småbørnsfamilier. Disse tilbud gives af den praktiserende læge, fødestedet og den kommunale sundhedspleje.

Den praktiserende læge er den første sundhedsperson, den gravide møder, når graviditeten konstateres i lægens konsultation. Kontakten til den praktiserende læge fortsætter i graviditetsforløbet og efter fødslen, hvor der er fastlagte konsultationer med fokus på såvel mor som barn i perioden efter fødslen og i barnets første leveår[9]. Regionen tilbyder graviditetsundersøgelser og konsultationer hos jordemoder, hvor den gravide får rådgivning og jordemoderen afklarer om graviditeten forløber som forventet. I den sidste fase af graviditeten tilbydes fødsels- og forældreforberedelse ved jordemødre m.fl., og efter fødslen har familien ofte mulighed for at mødes med jordemoder. Sundhedsplejen tilbyder hjemmebesøg efter fødslen og i nogle tilfælde også graviditetsbesøg.[10]

De tilbud, der beskrives nedenfor, er for alle gravide og småbørnsfamilier og giver et samlet overblik over de almene tilbud til gravide og småbørnsfamilier. Denne beskrivelse indeholder også de tilbud, der er til gravide med *specifikke* problemstillinger som fx rygning, overvægt og flerfoldsfødsler. Disse problemstillinger betyder dog ikke nødvendigvis, at den gravide generelt er sårbar, men giver anledning til en øget opmærksomhed fra de fagprofessionelle, der på baggrund af dette kan vurdere, om den gravide har behov for et udvidet tilbud. De udvidede tilbud består af en mere omfattende og målrettet støtte, og gives, hvis det vurderes nødvendigt for at sikre familiens trivsel.

[9] I perioden fra fødslen og frem til barnet fylder 5 år tilbydes syv børneundersøgelser hos den praktiserende læge. Ved undersøgelserne vurderer lægen blandt andet, om barnet er i trivsel og om det udvikler sig som forventet i forhold til sin alder (alderssvarende).

[10] Ofte er graviditetsbesøg af sundhedsplejen behovsorienteret eller udelukkende tilbud til forældre, der venter deres første barn.

De almene tilbud målrettet gravide på fødestederne

Fødestedernes tilbud til gravide bør ifølge Sundhedsstyrelsen omfatte:

- 2 ultralydsundersøgelser
- 4-7 jordemoderkonsultationer[11]

Gravide får således som en del af den almene indsats tilbudt konsultationer hos jordemoderen tilknyttet fødestedet. Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger er det overordnede formål med konsultationerne *"…at kvinden gennem dialog og undersøgelserne bliver støttet i at tage vare på sig selv og sin graviditet og til at træffe informerede valg"* (Sundhedsstyrelsen 2013:42).

Antallet af konsultationer hos jordemoderen varierer fra fødested til fødested, ligesom flere fødesteder differentierer antallet af besøg afhængigt af, om moderen er førstegangsfødende eller flergangsfødende. Undersøgelsen viser, at seks fødesteder tilbyder 4-5 konsultationer til førstegangsfødende, mens elleve tilbyder 6 eller flere konsultationer. Flergangsfødende med forventet normal graviditet får generelt tilbudt færre konsultationer end førstegangsfødende, og kun fem fødesteder tilbyder 6 eller flere graviditetskonsultationer til flergangsfødende.

Ud over dette tilbydes gravide tre konsultationer hos praktiserende læge og evt. – afhængigt af det kommunale serviceniveau – graviditetsbesøg af sundhedsplejersken.

Fødsels- og forældreforberedelse

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der via fødestederne tilbydes fødsels- og forældreforberedelse til alle gravide par. Det anbefales, at det tilbydes i temaopdelte sessioner med relevante fagpersoner som undervisere. Det beskrives som væsentligt, at forberedelsen foregår i grupper, da det kan bidrage til netværksdannelse mellem forældrene og skabe mulighed for drøftelser om fødsel og familieforøgelsen – fx det at blive forældre, selve fødslen og barselsperioden, det praktiske samt psykiske og sociale aspekter (Sundhedsstyrelsen 2013).

Denne undersøgelse viser, at størrelsen på de grupper, som fødsels- og forældreforberedelse foregår i varierer, mellem fødestederne. På ét fødested foregår det grupper på under 6 personer, på syv andre fødesteder er grupperne sammensat af 6-8 personer, mens de på otte fødesteder består af 9-15 personer. Ingen fødesteder har svaret, at fødsels- og forældreforberedelsen foregår i grupper på over 15 personer:

[11] *Anbefalinger for svangreomsorgen*, Sundhedsstyrelsen 2013

Tabel 4: Gruppestørrelse for fødsels- og forældreforberedelse

Den almene fødsels- og forældreforberedelse foregår i grupper på…	Antal fødesteder	Procent
Under 6	1	6,3 %
6-8	7	43,8 %
9-15	8	50,0 %
Over 15	0	0,0 %
I alt	*16*	*100 %*

Kilde: Spørgeskema til fødesteder

Sundhedsstyrelsen understreger, at sårbare kommende forældre kan være vanskelige at motivere til at tage del i den fælles fødsels- og forældreforberedelse. Derfor anbefales det, at det almene tilbud suppleres med tilbud særligt målrettet denne målgruppe (Sundhedsstyrelsen 2013). Disse specifikke tilbud beskrives i kapitlet om tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier.

Fødestedernes tilbud målrettet gravide med specifikke problemstillinger

Generelt har fødestederne en bred vifte af aktiviteter, som er målrettet gravide med specifikke problemstillinger. Specialtilbud til unge gravide og til gravide berørt af psykiske lidelser/psykisk sårbarhed er mest hyppige, og over halvdelen af fødestederne tilbyder endvidere aktiviteter med fokus på rygestop; kost og motion; tidligere kompliceret fødselsforløb; flerfoldsfødsler og overforbrug af medicin/alkohol/stoffer. Nogle modtagere af disse tilbud falder ind under gruppen sårbare gravide, mens andre gravide kun har behov for et enkelt tilbud med fokus på en specifik problemstilling som fx rygestop, tolkebistand, ekstra støtte i forbindelse med flerfoldsfødsel eller lignende. Men som udgangspunkt vil et særligt fokus på de nævnte risikofaktorer ofte have sammenhæng med sårbarhed, og deltagelse i disse tilbud vil derfor højne muligheden for opsporing af sårbare gravide med behov for udvidet hjælp og støtte.

Tabel 5: Fødestedernes tilbud målrettet specifikke problemstillinger

Hvilke tilbud har fødestedet som er målrettet gravide med specifikke problemstillinger?	Antal	Procent
Psykiske lidelser og psykisk sårbarhed	12	66,7 %
Unge gravide	12	66,7 %
Tidligere kompliceret fødselsforløb: sen abort mv.	11	61,1 %
Flerfoldsfødsler	11	61,1 %
Overforbrug af medicin, alkohol og euforiserende stoffer	10	55,6 %
Rygestop	10	55,6 %
Kost og motion/tilbud til kvinder med BMI over 30	10	55,6 %
Andre tilbud	6	33,3 %
Etniske minoriteter	6	33,3 %
Enlige gravide	5	27,8 %
Vi har ingen tilbud målrettet specifikke problemstillinger	1	5,6 %
I alt	*94*	*100 %*

Kilde: Spørgeskema til fødesteder. Flere krydser muligt.

Sundhedsplejens graviditetsbesøg og hjemmebesøg

Det er også muligt at opspore sårbare gravide og igangsætte tilbud, som kan bedre familiens situation inden barnets fødsel, via Sundhedsplejens almene tilbud.

I langt de fleste af de kommuner (72 eller 92 %), der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen, tilbydes graviditetsbesøg af en sundhedsplejerske som en del af det almene tilbud (mens kun 6 kommuner eller knap 8 % ikke har et sådan tilbud). I 45 kommuner tilbydes udelukkende besøg efter behov (63 %), og lige over halvdelen af de kommunale respondenter angiver, at graviditetsbesøg kræver henvisning fra en professionel, fx jordemoder eller praktiserende læge (51 %). I de resterende kommuner kan besøgene ske på baggrund af forældrenes eget ønske (49 %). Tilbuddet fremstår som en del af den almene indsats, men da det ofte fordrer, at en professionel finder besøget nødvendigt og henviser den gravide til det, bliver det i mange tilfælde iværksat som et behovspræget tilbud med det formål at støtte potentielt kommende sårbare forældre:

Tabel 6: Målgrupper for graviditetsbesøgene

Der gives graviditetsbesøg...	Antal	Procent
Til alle	11	15,3 %
Til alle førstegangsfødende	16	22,2 %
Til alle der venter mere end ét barn	0	0,0 %
Udelukkende graviditetsbesøg efter behov	45	62,5 %
I alt	*72*	*100 %*

Kilde: Spørgeskema til kommuner

Nedenfor ses, hvor mange gange Sundhedsplejen, som en del af det almene tilbud, kommer på hjemmebesøg fra barnet er 0 til 36 måneder. Der er ofte forskel på antallet af besøg til førstegangsfødende og til flergangsfødende. I de fleste kommuner kommer sundhedsplejersken på besøg hos førstegangsfødende fem (29 %) eller seks (43 %) gange i løbet af barnets første leveår. Ved efterfølgende børn får familierne sædvanligvis lidt færre besøg, men stadig ofte fem (35 %) eller seks (32 %) besøg i barnets første leveår.

I langt de fleste kommuner (94 %) er der ikke sat en øverste grænse på Sundhedsplejens antal besøg i de familier, der vurderes som sårbare. Her er det op til sundhedsplejerskerne i samråd med familierne at vurdere, hvor mange besøg, der er behov for – af samme grund omtales disse besøg ofte som 'behovsbesøg'. Sundhedsplejens behovsbesøg er en indsats, der både har til formål at virke sundhedsfremmende (dvs. at støtte familien i forhold til fx barnets søvn, madvaner, pasning og pleje) og at være en forebyggende indsats for familierne (i forhold til mentale og/eller sociale forhold som fx fødselsdepression og arbejdsløshed). Dette tilbud kan give anledning til viderehenvisning til yderligere tilbud – fx behandling hos egen læge eller kontakt til socialrådgiver om indsatser for børnefamilier jfr. den sociale lovgivning. Det er derfor centralt, at sundhedsplejersken i sine besøg har mulighed for at skabe en god kontakt til familien og derigennem vurdere, om der er behov for et udvidet tilbud:

Tabel 7: Antal hjemmebesøg af Sundhedsplejen

Antal kommuner	1 hjemmebesøg		2 hjemmebesøg		3 hjemmebesøg		4 hjemmebesøg	
	Antal*	%	Antal*	%	Antal*	%	Antal*	%
1. barn (0-12 måneder)	0	0,0 %	1	1,3 %	1	1,3 %	8	10,4 %
1. barn (13-24 måneder)	11	78,6 %	0	0,0 %	1	7,1 %	0	0,0 %
1. barn (25-36 måneder)	10	71,4 %	1	7,1 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Efterfølgende barn (0-12 måneder)	0	0,0 %	2	2,7 %	6	8,0 %	13	17,3 %
Efterfølgende barn (13-24 måneder)	7	77,8 %	0	0,0 %	1	11,1 %	0	0,0 %
Efterfølgende barn (25-36 måneder)	9	81,8 %	1	9,1 %	0	0,0 %	0	0,0 %

	5 hjemmebesøg		6 hjemmebesøg		7 hjemmebesøg		8 hjemmebesøg		
(fortsat) …	Antal*	%	Antal*	%	Antal*	%	Antal*	%	**I alt**
…	22	28,6 %	33	42,9 %	12	15,6 %	0	0,0 %	**77**
…	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	2	14,3 %	**14**
…	0	0,0 %	1	7,1 %	0	0,0 %	2	14,3 %	**14**
…	26	34,7 %	24	32,0 %	4	5,3 %	0	0,0 %	**75**
…	1	11,1 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	**9**
…	1	9,1 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	**1**

Kilde: Spørgeskema til kommunerne. *Antal kommuner.

I nogle kommuner afholder Sundhedsplejen supplerende konsultationer i kommunale lokaler inden for et fast tidsrum, hvor familier kan komme og få undersøgt barnet, drøfte forhold, som de er usikre på og/eller få vejledning om at være en familie. Denne form for tilbud er ikke indeholdt i Sundhedsstyrelsens vejledning, der fremhæver, at indsatsen målrettet familierne i barnets første leveår bør foregå i familiens hjem (LBK nr. 913 af 13/07/*2010;* Bekendtgørelse til Sundhedsloven 2010). Data fra de kommunale respondenter viser, at 55 % af kommunerne (43) benytter sig af konsultationer som en del af det almene tilbud hos Sundhedsplejen. I 17 % af kommunerne (13 kommuner) anvendes konsultationerne primært i perioder med lav bemanding, fx i skolernes sommerferie.

Væsentlig flere kommuner (72 %) benytter sig af åbent hus-arrangementer eller forældrecaféer som en del af det almene tilbud. Til disse arrangementer har familierne ikke en fast aftale med en

sundhedsplejerske, men kan møde sundhedsplejerskerne i et specifikt tidsrum (ofte om formiddagen kl. 10-12) og få korte individuelle råd, ligesom der er mulighed for at møde andre småbørnsfamilier, indgå i fælles diskussioner eller høre kortere faglige oplæg.

Forældrekurser

I godt halvdelen af kommunerne (42 eller 54 %) arbejder Sundhedsplejen med forældrekurser. Forældrekurser er ofte opbygget som et koncept (et sammenhængende program med en række faste elementer) og er et tilbud, der begynder under graviditeten og fortsætter efter fødslen. Enkelte forældrekurser fortsætter helt op til barnet er 2½ år. Kurserne er en del af det almene tilbud, men tilbydes i de fleste tilfælde også til sårbare familier.

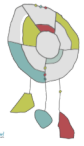
Kurserne skal styrke forældreskabet, understøtte etablering af forældrenes følelsesmæssige relation til barnet, give lavpraktisk hverdagsviden om børn og børns udvikling, omsorg og pleje, ligesom det er et selvstændigt mål at understøtte sociale netværk mellem forældrene på kurset. Forældrekurserne har samtidig ofte mål om at forebygge social sårbarhed hos familien og samtidig bidrage til, at allerede udfordrede familiemønstre ikke udvikler sig til større problemer. Forældrekurser er karakteriseret ved at være baseret på et tværsektorielt samarbejde mellem fx fødested, sundhedspleje, praktiserende læge og frivillige organisationer, og på et tværfagligt samarbejde mellem forskellige faggrupper på tværs af forvaltninger i den enkelte kommune.

Konceptet "Klar til Barn" er det mest udbredte forældrekursus (45 % af kommunerne), men flere kommuner arbejder også med koncepterne "En god start – sammen"[12], "Familieiværksætterne" og "Familie med hjerte". En del kommuner (19 %) arbejder ud fra andre koncepter, som de selv har udviklet, eller med kurser der har et egentligt behandlingsmæssigt formål (fx "De utrolige år"). I en enkelt kommune svarer respondenten, at de i kommunen har tilpasset konceptet "Familie med hjerte" til de lokale forhold, og således arbejder med en kontekstspecifik udgave.

Som nævnt tilbyder over halvdelen af landets kommuner i dag forældrekurser. Mange af disse (20) samarbejder med et eller flere fødesteder om forældrekurserne. Endnu flere (37) samarbejder med andre aktører end fødestederne om kurserne. Disse 'andre' aktører er fx praktiserende læger og frivillige organisationer. I de uddybende svar nævnes også samarbejde med repræsentanter fra PPR og forskellige former for familierådgivere, mens nogle også samarbejder med aktører som fx jobcentre, psykologer, faglige-frivillige (fx bankansatte og jurister), daginstitutioner og tandlæger om forældrekurserne.

Når det gælder arbejdet med forældrekurser, er der er ikke tale om systematisk brug af det samme koncept på tværs af fødesteder og kommuner, og da flere kommuner er tilknyttet de enkelte

[12] Sundhedsstyrelsen har udmøntet midler til afprøvning af konceptet "En god start – sammen" i ti kommuner. Afprøvningen afsluttes med udgangen af 2014.



fødesteder, skal nogle fødesteder forholde sig til og samarbejde med kommuner om flere forskellige koncepter. Seks fødesteder samarbejder med én kommune om forældrekurser, mens fem samarbejder med to eller flere kommuner, og ét fødested svarer, at de samarbejder med otte kommuner om forældrekurser. At samarbejde med flere kommuner om forældrekurser kan skabe usikkerhed om indhold og roller og kræver en høj grad af fleksibilitet hos medarbejderne på fødestederne. Det samme gør sig gældende for kommunale medarbejdere i de tyve (48 %) kommuner, hvor respondenterne angiver, at de samarbejder med et eller flere fødesteder om forældrekurser. Disse medarbejdere kan komme ud for at skulle forholde sig til flere koncepter, hvis de samarbejder med flere fødesteder, der tilbyder forskellige forældrekurser.

Samtlige gravide og småbørnsfamilier i Danmark modtager altså tilbud om konsultationer hos praktiserende læge og jordemoder, fødsels- og forældreforberedelse samt besøg af sundhedsplejerske. Nogle steder suppleres disse med tilbud målrettet specifikke problemstillinger som fx rygning og overvægt, og tilbud om forældrekurser. Disse almene tilbud er forskellige i forhold til fx mål, indhold og varighed, og i forhold til hvilke fagprofessionelle, der varetager dem. Nogle tilbud tager udgangspunkt i individuelt tilpasset støtte og varetages primært af én aktør (fx konsultationer hos jordemoder og praktiserende læge og Sundhedsplejens hjemmebesøg), mens andre foregår i grupper og varetages i et samarbejde mellem flere aktører (fx fødsels- og forældreforberedelse og forældrekurser). Fælles for alle tilbuddene er, at de er udgangspunktet for opsporing af sårbare gravide og småbørnsfamilier, og at den viden, som gravide og småbørnsfamilier får i de almene tilbud, danner basis for de udvidede tilbuds indhold.

FAMILIEN I VÆKST: En tæt relation til familien

THISTED KOMMUNE

"Aldrig om jeg vil glemme, at I var med, da jeg fik taget vandet!"

Hvad er Familien I Vækst?

Familien I Vækst er en tværfaglig, helhedsorienteret indsats forankret i sundhedsplejen i Thisted Kommune, som har socialt udsatte førstegangsforældre som målgruppe. Familierne visiteres efter Børnelinealens kategoriseringsmodel, hvor tilbuddets målgruppe er 'sårbare børn' og 'udsatte børn'. Tilbuddet bygger på tilknytnings- og mentaliseringsteorier, og består af intensiv dialog og vejledning fra sundhedsplejen og en pædagog samt gruppeaktiviteter med andre gravide og nybagte småbørnsforældre. Tilbuddet strækker sig tidsmæssigt fra graviditeten frem til barnet fylder ét år. Et centralt element i tilbuddets faglige fundament er tre tværfaglige sagsteammøder, der fokuserer på familiens ønsker for udviklingsrettede initiativer.

Aktiviteterne i Familien I Vækst foregår i sundhedsplejens lokaler, som ligger tæt på den lokale musikskole og svømmehal. Dette er med til at muliggøre, at tilbuddet også består af babysvømning og kreative og musiske events med de nybagte forældre og deres børn. Størstedelen af indsatsen består dog i en nærværende sundhedsplejerskeordning, i form af en besøgsrække med fokus på barnet, dialog om familiens trivsel og sundhed og konktakten med familiens netværk, som er intensiv sammenholdt med det almene sundhedsplejetilbud i kommunen. Teamet i Familien I Vækst er med fra graviditeten og besøger den nybagte familie på hospitalet efter fødslen. Besøg, sagsteammøder og gruppeaktiviteter foregår herefter i et samspil mellem de forskellige faggrupper frem til barnet bliver 1 år. Denne tværfaglige, nærværende og helhedsorienterede tilgang i et trygt og positivt miljø styrker forældrenes muligheder for at støtte barnets udvikling og trivsel.

Hvad er Familien I Vækst særligt dygtige til?

Familien I Vækst er en intensiveret sundhedsplejerskeindsats, som tillader en tættere relation til familien og hvor sundhedsplejerskerne aktivt bliver familiens medspiller. Derudover har Familien I Vækst iværksat gruppeaktiviteter som babysvømning og kreative indslag såsom musik-tilbud, der har en veldokumenteret effekt på barnets udvikling og som danner en god ramme for at opleve forældreskabet i en anden kontekst end i hjemmet og i et mødelokale. Tilbuddets fokus er at skabe gode rammer for barnets udvikling og trivsel og at styrke forældrenes kompetencer til at støtte denne proces.

Hvordan kan Familien I Vækst blive endnu bedre?

Familien I Vækst har til formål at styrke forældre-barn relationen gennem modeller og værktøj, hvor der er evidens for effekt. Modellen er velbeskrevet, og vil være let overførbar til andre kommuner. I det kommende år vil Familien I Vækst arbejde på at få certifikation i NBO (the Newborn Behavioral Observations), som er en internationalt anerkendt måde at skabe og styrke forældrebarn relationen på. Fremtidsperspektiverne vil være videre forskning i modellens effekt på både kort og lang sigt, for på den måde at skabe grobund for nye initiativer, der kan knytte an til modellen.

Ovenstående beskrivelse er blevet til i en dialog med centrale medarbejdere i Familien I Vækst, ved besøg og/eller telefonsamtaler.

8. Udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier

Omdrejningspunktet for denne undersøgelse er tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier. Som tidligere nævnt er de sårbare gravide og småbørnsfamilier en ikke klart defineret gruppe, og der er ikke i samme grad som på almenområdet klare anbefalinger til og vejledninger for, hvad disse udvidede tilbud bør indeholde. Der er således forholdsvis vide rammer for, hvordan fødesteder og kommuner løser opgaven med at give sårbare gravide og småbørnsfamilier den hjælp og støtte, de har behov for. Ud over de almene tilbud, som alle får tilbudt, har de fleste fødesteder og kommuner et eller flere udvidede tilbud til gruppen af sårbare gravide og småbørnsfamilier – tilbud som kan spænde vidt i omfang og indhold. Dette kapitel belyser indholdet i disse udvidede tilbud – dvs. hvilke indsatser sårbare gravide og småbørnsfamilier tilbydes, når de vurderes at have brug for mere end det almene tilbud.

I spørgeskemaernes afsnit om udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier er de ledende jordemødre på fødestederne og ledere af sundhedsordninger i kommunerne blevet bedt om at beskrive tilbuddene enkeltvis ud fra emner som fx mål og indhold. Tilbuddene beskrives et efter et ved at respondenterne først svarer på en række spørgsmål om "Tilbud 1" – og hvis de har flere tilbud, derefter svarer på samme spørgsmål for "Tilbud 2", "Tilbud 3" etc. Der er altså mulighed for, at hvert fødested og hver kommune kan beskrive flere tilbud.

Nedenfor beskrives karakteristika ved de i alt 20 beskrevne tilbud på fødestederne og de 121 tilbud i kommunerne. Beskrivelserne tegner et billede af mål, indhold, tilrettelæggelse mv. for udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier i Danmark. Overordnet viser besvarelserne, at der eksisterer varierende typer af tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier – men at der bredt set ikke er markant spredning i forhold til indhold og mål, samt at de enkelte tilbud rummer deltagere fra en bred og ikke særligt veldefineret målgruppe. Der er ikke markante lokale forskelle på hverken antallet af tilbud eller indhold i tilbuddene.

Antal udvidede tilbud til målgruppen på fødesteder og i kommuner

Ud af de 19 fødesteder, som har deltaget i undersøgelsen, har respondenterne på i alt 14 fødesteder beskrevet ét særligt tilbud til sårbare gravide og par, og respondenterne på tre fødesteder har beskrevet to tilbud. Ingen af fødestedernes respondenter angiver mere end to tilbud til målgruppen. I alt er der beskrevet 20 tilbud fordelt på 17 fødesteder. På kun to (11 %) ud af 19 fødesteder har respondenten *ikke* beskrevet udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier.[13]

[13] Imidlertid giver disse to fødesteder på deres hjemmesider udtryk for at have særlige indsatser for sårbare gravide og småbørnsfamilier, så det overordnede billede er, at alle fødesteder i en eller anden grad yder en udvidet indsats overfor målgruppen.

Tabel 8: Fødestedernes antal tilbud til sårbare gravide/familier

Beskriv de særlige tilbud I har til sårbare gravide	Antal	Procent
Fødesteder uden tilbud	2	10, 0 %
Fødesteder med ét tilbud	14	70,0 %
Fødesteder med to tilbud	3	15,0 %
Beskrevne regionale tilbud I alt	*20*	*100 %*

Kilde: Spørgeskema til fødestederne

Antal kommuner, der er tilknyttet fødestedet, har ingen signifikant betydning for de enkelte fødesteders antal af tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier.

Ud af de 79 kommuner, som har deltaget i undersøgelsen, har respondenterne fra i alt 74 kommuner beskrevet ét eller flere tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier. I alt beskrives 121 tilbud, som fordeler sig på 74 kommuner. For knap 60 % af kommunerne beskrives kun ét tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier, mens der for 19 % beskrives to tilbud. Det er altså ganske få af de kommunale respondenter, der beskriver mere end to tilbud:

Tabel 9: Kommunernes antal tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier

Beskriv de særlige tilbud I har til sårbare gravide	Antal	Procent
Kommuner uden tilbud	5	4,0 %
Kommuner med ét tilbud	47	39,0 %
Kommuner med to tilbud	15	12,0 %
Kommuner med tre tilbud	5	4,0 %
Kommuner med fire tilbud	6	5,0 %
Kommuner med fem tilbud	1	1,0 %
Beskrevne kommunale tilbud i alt	*121*	*100 %*

Kilde: Spørgeskema til kommunerne

Syv kommuner (9 %) har ikke beskrevet udvidede tilbud til denne målgruppe. Ligesom på fødestederne er det overordnede billede altså, at langt de fleste kommuner har en udvidet indsats målrettet sårbare gravide og småbørnsfamilier.

Der er ingen signifikante sammenhænge mellem hverken kommunernes størrelse (indbyggertal) eller regionstilhørsforhold og antallet af tilbud i den enkelte kommune. De kommuner, der i forhold til indbyggerantal er små, er lige så 'godt med' som de store kommuner, og ser man på antallet af tilbud i kommunerne fordelt på deres regionstilhørsforhold, er der ingen regioner, hvor antallet af tilbud i de tilknyttede kommuner adskiller sig markant.

Hertil skal bemærkes, at der kan være stor forskel på, hvor omfattende de beskrevne tilbud er. Dvs. at antallet af tilbud på et bestemt fødested eller i en bestemt kommune ikke er udtryk for omfanget af den tilgængelige støtte til målgruppen af sårbare gravide, men et udtryk for hvor mange tilbud den samlede udvidede støtte opdeles i.

Nedenfor tegnes et billede af de 20 regionale tilbud og de 121 kommunale tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier, som respondenterne i undersøgelserne har beskrevet.

Mål i de beskrevne tilbud

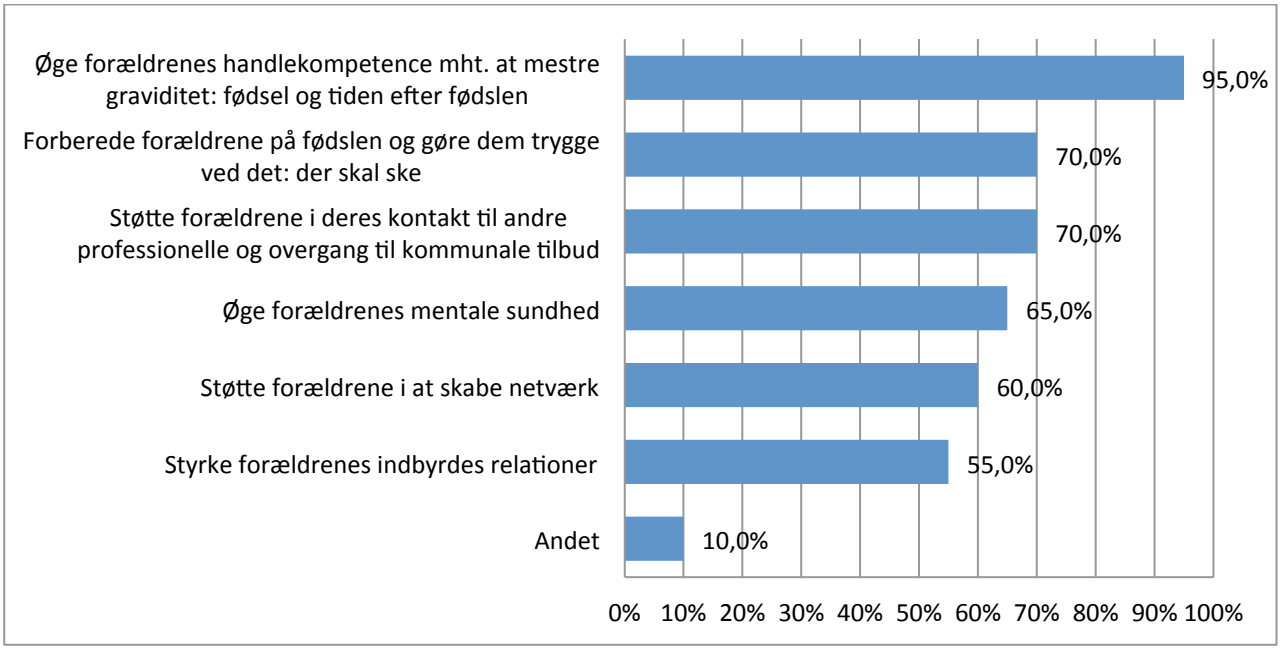
Overordnet set skal de udvidede tilbud yde sårbare gravide og småbørnsfamilier den ekstra støtte, de har behov for. Målene for tilbuddene – og dermed støtten - kan være forskellige.

I spørgeskemaet spørges der til de primære mål for tilbuddene. Respondenterne har haft mulighed for at markere op til fem primære mål for hvert enkelt af de beskrevne udvidede tilbud.

Primære mål for fødestedernes udvidede tilbud

I fødestedernes tilbud er der primært fokus på følgende mål: At øge forældrenes handlekompetence med henblik på at mestre graviditeten; at forberede forældrene på fødslen og gøre dem trygge ved det, der skal ske; samt at støtte dem i deres kontakt til andre professionelle og i overgangen til de kommunale tilbud. Mindre udbredt er tilbud, som har til formål at øge forældrenes mentale sundhed; at støtte forældrene i at skabe netværk; samt at styrke deres indbyrdes relationer. Det skal bemærkes, at differencen ikke er stor; selvom færre tilbud primært fokuserer på fx at styrke forældrenes indbyrdes relationer, er det stadig over halvdelen.

Figur 4: Primære mål for fødestedernes tilbud



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til fødesteder. N = 20.

Det har ingen betydning for målene, hvor mange kommuner der er tilknyttet hvert enkelt fødested. Der er dog en enkelt interessant signifikant forskel[14] regionerne imellem: Styrkelse af forældrenes indbyrdes relationer er et primært mål i samtlige af fødestedernes tilbud i Region Hovedstaden og Region Nordjylland samt 60 % af fødestedernes tilbud i Region Midtjylland, men ikke for nogen af fødestedernes tilbud i Region Sjælland og Region Syddanmark. Der er altså forskel regionerne imellem på, om der i tilbuddenes primære mål også er fokus på styrkelse af forældrenes indbyrdes relationer.

Desuden har det en betydning for målprioriteringen[15] i fødestedernes tilbud, om tilbuddet udelukkende varetages af jordemødre eller om det sker i et samarbejde mellem jordemødre og andre faggrupper og/eller organisationer. Mens 89 % af de tilbud, som varetages i et samarbejde mellem jordemødre og andre faggrupper og/eller organisationer, sætter forældrenes mentale sundhed som et af deres primære mål, gælder det kun 11 % af de tilbud, der udelukkende varetages af jordemødre. Desuden har alle de tilbud, som varetages i samarbejde med sundhedsplejersker og socialrådgivere/sagsbehandlere ansat i kommunen, forældrenes mentale sundhed som et af deres primære mål mål[16]. Det kan tolkes sådan, at et tværfagligt samarbejde mellem jordemødre og andre faggrupper og/eller organisationer omkring fødestedernes kan

[14] Chi^2= 0,010.

[15] Chi^2= 0,009.

[16] Chi^2=0,005.

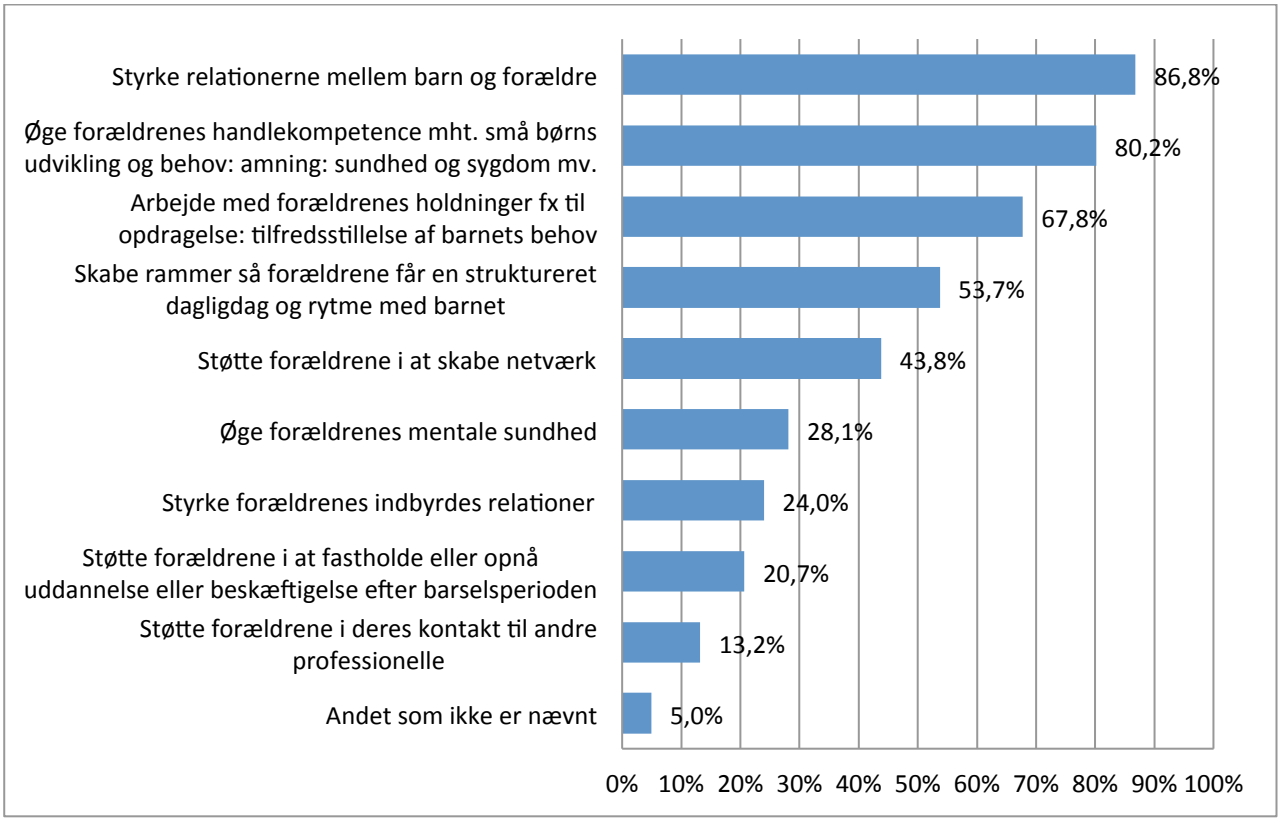
betyde, at der kommer et bredere og mere helhedsorienteret fokus på familien, der blandt andet inkluderer et fokus på at øge forældrenes mentale sundhed.

Primære mål for kommunernes udvidede tilbud

I de kommunale tilbud er der i over 80 % af tilbuddene primært fokus på følgende to mål: At styrke samspillet og de følelsesmæssige relationer mellem barn og forældre; samt på at øge forældrenes handlekompetence med hensyn til små børns udvikling og behov. Tilbuddene fokuserer på at understøtte en nær følelsesmæssig relation mellem barn og forældre samt forældrenes kendskab til barnets udvikling og mulighed for at dække dets behov for nærhed, omsorg og stimulation. Over halvdelen af de kommunale tilbud angiver desuden yderligere to mål som primære; at arbejde med forældrenes holdninger; samt at skabe rammer så forældrene får en struktureret dagligdag og rytme med barnet. Samtlige af disse mål fokuserer på forældrenes muligheder for at danne positive relationer til barnet.

De mål, der har fokus på forældrenes liv uafhængigt af barnet, er mindre hyppige primære mål i de udvidede tilbud. Af disse forskellige mål angives at 'støtte forældrene i at skabe netværk' som primært mål for knap halvdelen (44 %) af tilbuddene, mens at 'støtte forældrene i deres kontakt til andre professionelle' angives som primært mål for færrest tilbud (13 %).

Figur 5: Primære mål for kommunernes tilbud



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til kommuner. N =121.

I besvarelserne fra de kommunale respondenter er der en enkelt signifikant forskel[17] i forhold til prioriteringen af målet 'at skabe rammer, så forældrene får en struktureret dagligdag og rytme med barnet' regionerne imellem. I Region Nordjylland har kun 12,5 % af de kommunale tilbud dette som et af deres primære mål, mens det gælder 36-72 % af de kommunale tilbud i de øvrige regioner. Herudover har hverken kommunernes størrelse eller regionstilhørsforholdet indflydelse på prioriteringen af de primære mål i kommunernes tilbud.

Til gengæld har det indflydelse på de udvidede kommunale tilbuds mål, hvorvidt det varetages i samarbejde med andre faggrupper inden for den enkelte kommune end sundhedsplejersker. Mens 90 % af de tilbud, hvor tilbuddet varetages i et samarbejde mellem sundhedsplejersker og andre faggrupper, prioriterer 'at styrke forældrenes indbyrdes relationer' som mål, gælder det kun 10 % af de tilbud, som udelukkende varetages af sundhedsplejersker.[18] Samtidig prioriterer 89 % af de tilbud, der varetages i et samarbejde mellem sundhedsplejersker og andre faggrupper, at

[17] $Chi^2 = 0{,}034$.

[18] $Chi^2 = 0{,}001$.

øge forældrenes handlekompetencer mod kun 11 % af de tilbud, hvor sundhedsplejerskerne ikke samarbejder med andre faggrupper.[19]

For de udvidede tilbud på både fødesteder og i kommuner er det således vigtigst at styrke relationen mellem barn og forældre i øjeblikket omkring graviditet og fødsel og mindre vigtigt at fokusere på forældrenes mentale sundhed, indbyrdes relation og øvrige socioøkonomiske situation uafhængigt af deres rolle som forældre. Når tilbuddene varetages i et samarbejde på tværs af fagligheder er mål, som fokuserer bredere på familiens - og mere specifikt forældrenes – situation, mere udbredt.

Hvilke målgrupper modtager de udvidede tilbud?

For at få et billede af brugerne af de udvidede tilbud på fødesteder og i kommuner er respondenterne blevet spurgt om, i hvilken grad (slet ikke, i mindre grad, i nogen grad eller i høj grad) de forskellige målgrupper i henholdsvis Svangreomsorgens niveauinddeling og Børnelinealen (se bilag 1 og 2) modtager tilbuddene.

Brugerne af fødestedernes udvidede tilbud

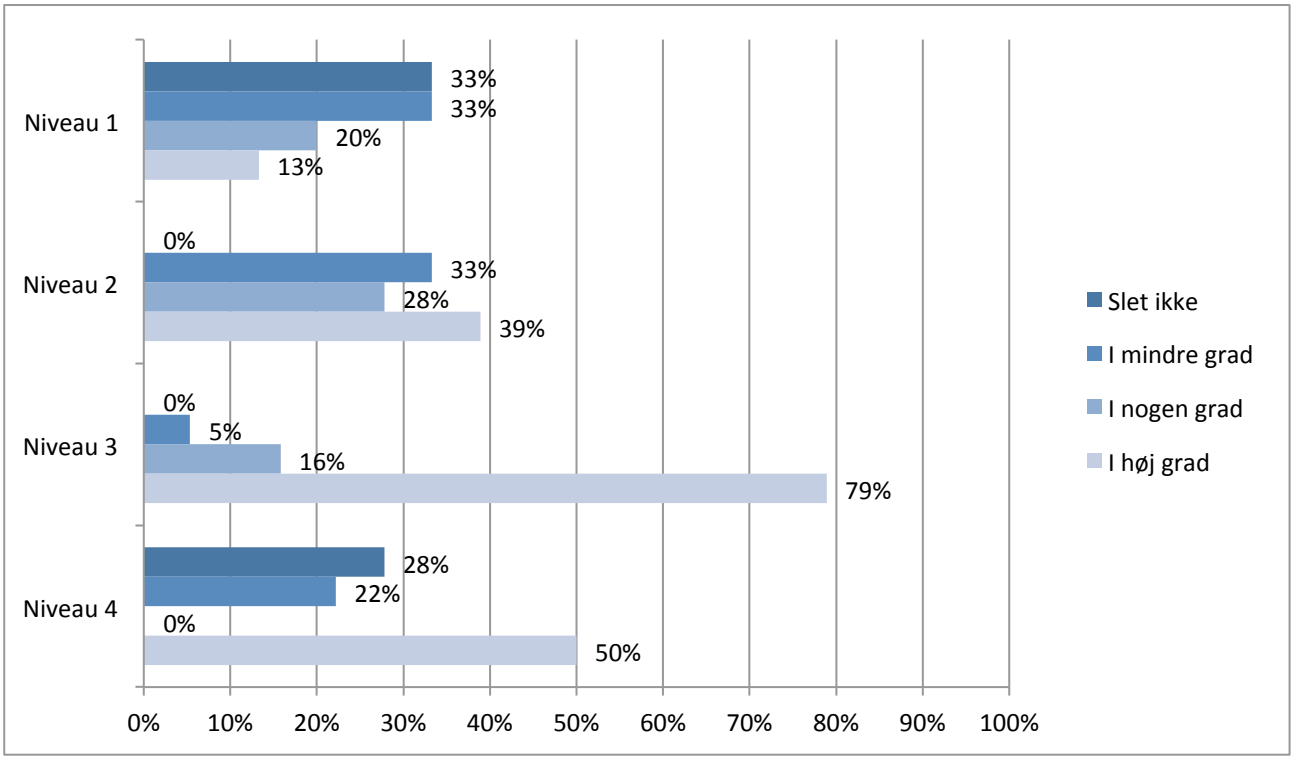
Sundhedsstyrelsen anbefaler en niveaudeling af svangreomsorgen, der går fra niveau 1 til niveau 4. Niveau 1 svarer til det almene tilbud til en gravid, hvis graviditet vurderes at være uden øget risiko; niveau 2 indebærer udvidede tilbud, der kan varetages af faggrupper, der arbejder inden for svangreomsorgen og er målrettet gravide med specifikke problemstillinger som fx rygere eller overvægtige; niveau 3 indebærer udvidede tilbud til kvinder med fx sværere sociale eller psykiske problemstillinger og fordrer et tværfagligt samarbejde med andre faggrupper i fx kommunen eller sundhedsvæsenet; niveau 4 indebærer tilbud til gravide med særligt komplicerede problemstillinger, der fordrer mere omfattende foranstaltninger eller behandlingstilbud, som fx familieambulatorium eller familieinstitutioner (se bilag 1 med niveauinddelingen i Svangreomsorgen). I delen om de udvidede tilbud i spørgeskemaet er respondenterne på fødestederne blevet bedt om at beskrive deres udvidede tilbud til sårbare gravide, hvis behov ligger i gråzonen mellem det almene tilbud og mere omfattende foranstaltninger og behandlingstilbud. Det vil sige indenfor niveau 2 og 3 men med en åbenhed overfor, at tilbuddene også nogle gange vil rumme gravide fra niveau 4.

Generelt har fødestedernes udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier flest modtagere fra niveau 3. Halvdelen af tilbuddene har dog også i høj grad modtagere, som vurderes at tilhøre niveau 4, mens færre tilbud i høj grad har modtagere fra niveau 1 og 2. Besvarelserne

[19] $Chi^2 = 0{,}001$.

viser også, at sammenlagt 33% i nogen grad eller i høj grad har modtagere fra niveau 1, som ellers må forventes at være dækket ind med det almene tilbud til alle.

Figur 6: Hvilke målgrupper modtager fødestedernes udvidede tilbud?



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til fødesteder. N = 19.

Besvarelserne viser således, at målgrupperne for fødestedernes udvidede tilbud er bred og ikke nødvendigvis ens defineret fra tilbud til tilbud. De viser også, at tilbuddene kan rumme flere forskellige grader af sårbarhed hos modtagerne – fra niveau 1 og 2, hvor der er fokus på forebyggelse af sårbarhed i forbindelse med graviditeten, til niveau 4, hvor der er tale om gravide med mere komplicerede problemstillinger, og hvor mere omfattende behandling eller foranstaltninger foregår parallelt.

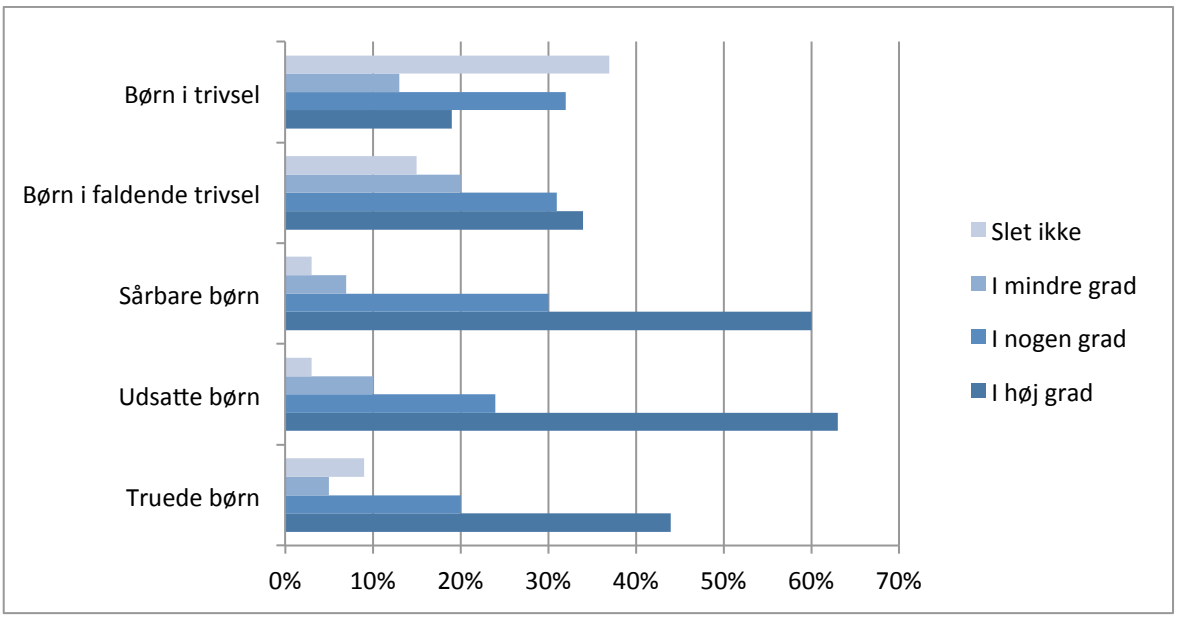
Brugerne af de kommunale udvidede tilbud

Respondenterne fra kommunerne er blevet bedt om at forholde sig til brugerne af de udvidede tilbud med udgangspunkt i Børnelinealen, der inddeler børn i fem forskellige kategorier, der hver fordrer forskellig grad af støtte fra fagprofessionelle. Børnelinealens kategorier fordeler sig i spektret fra 'børn i trivsel', hvor barnet udvikler sig almindeligt og forældreomsorgen er god til 'truede børn', hvor barnet mistrives alvorligt (se bilag 2 med Børnelinealen).

Som på fødestederne er målgrupperne for kommunernes udvidede tilbud bred og ikke nødvendigvis ens defineret fra tilbud til tilbud. Modtagerne er i næsten lige så høj grad familier

med udsatte børn som familier med sårbare børn. Og respondenterne svarer for 44 % af tilbuddene, at de i høj grad modtager familier med truede børn. I kommunerne er det desuden over halvdelen af tilbuddene, der i nogen grad eller i høj grad modtager familier med børn i trivsel:

Figur 7: Hvilke målgrupper modtager de kommunale udvidede tilbud?



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse til kommuner. N = 79.

Modtagerne af tilbuddene på fødestederne er primært fra de to grupper, som vurderes at have størst udfordringer – det vil sige niveau 3 og 4. I kommunernes tilbud er det mest udbredt, at familier med sårbare børn og udsatte børn i høj grad er modtagerne, men også familierne med truede børn er godt repræsenteret som modtagere af tilbuddet. For både fødesteder og kommuner gælder det, at en del af de udvidede tilbud også i høj grad har modtagere med behov for mere omfattende foranstaltninger og/eller behandlingstilbud. Fødestedernes tilbud har lidt mere entydigt modtagere fra niveau 3-gruppen end kommunernes tilbud har modtagere, som er familier med sårbare børn.[20] Hverken geografi eller sammensætningen af, hvilke faggrupper, der varetager tilbuddet, har signifikant betydning for hvilke målgrupper, der modtager tilbuddene.

De udvidede tilbuds indhold

Respondenterne fra fødestederne og kommunerne har via afkrydsning af indholdselementer i spørgeskemaet defineret, hvilken form for udvidet støtte de enkelte tilbud består af. Nogle tilbud rummer mange forskellige indholdselementer, hvorimod andre mere specifikke tilbud rummer færre indholdselementer. Det væsentligste for brugerne vil derfor ikke være antallet af tilbud på

[20] Som nævnt tidligere er de to klassifikationer dog ikke direkte sammenlignelige.

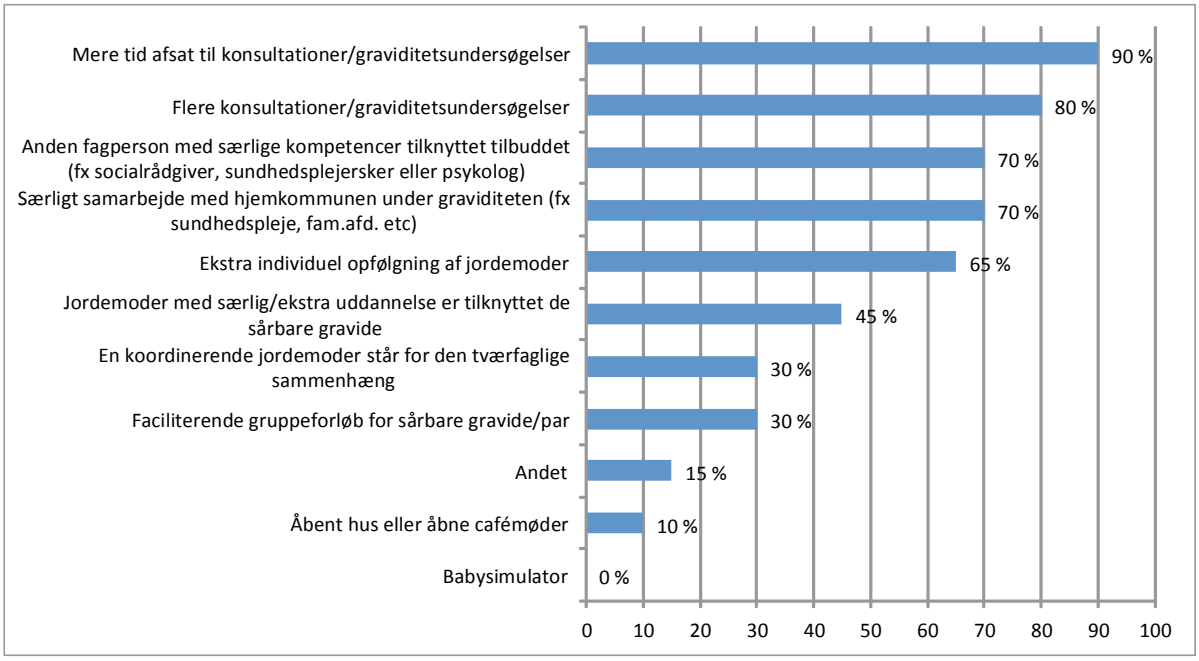
et fødested eller i en kommune, men hvilke indholdselementer der er i den samlede mængde af tilbud på fødestedet eller i kommunen – dvs. den akkumulerede støtte, der er tilgængelig for målgruppen via tilbuddene på fødestedet eller i kommunen. I dette afsnit belyses, hvilke indholdselementer de beskrevne tilbud består af.

Indholdet i de udvidede tilbud på fødestederne

Undersøgelsen viser, at 90 % af fødestedernes udvidede tilbud indeholder mere tid pr konsultation/graviditetsundersøgelse til sårbare gravide og småbørnsfamilier, mens 80 % afsætter et højere antal konsultationer/graviditetsundersøgelser til målgruppen. 70 % af fødestederne inddrager andet fagligt personale end jordemødre (især socialrådgivere, psykologer og sundhedsplejersker) i indsatsen og har et særligt samarbejde med hjemkommunen under graviditeten, og 65 % tilbyder ekstra individuel opfølgning af jordemoderen.

I færrest tilfælde indeholder tilbuddene på fødestederne støtte fra en jordemoder med særlig/ekstra uddannelse; en koordinerende jordemoder, som står for den tværfaglige sammenhæng; faciliterende gruppeforløb eller åbent hus/cafémøder. Indholdet i fødestedernes udvidede tilbud bærer således præg af et fokus på en øget individuel indsats, hvor andre fagpersoner involveres og i har mindre grad fokus på en netværksskabende indsats i form af fx gruppeforløb, åbent hus eller cafémøder.

Figur 8: Indhold i fødestedernes tilbud til sårbare gravide/familier



Kilde: Spørgeskema til fødestederne. N = 20. Det har været muligt at sætte flere krydser.

Størstedelen af indholdselementerne i fødestedernes udvidede tilbud lader sig beskrive ved de opsatte afkrydsningsmuligheder i spørgeskemaet. Når tilbuddene består af andet end disse elementer nævnes: Ekstra mail- og telefonkontakt med målgruppen (1); tværfaglige netværksmøder(1); samt kendt jordemoderordning, hvor en jordemoder fra et specialiseret team af jordemødre tilknyttes de sårbare gravide gennem hele forløbet (1).

Undersøgelsen viser, at finansieringen af de udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier har en signifikant betydning for indholdet[21]. Samtlige af de fødesteder, hvor tilbuddene til sårbare gravide og småbørnsfamilier er finansieret som en del af den almindelige drift, tilbyder ekstra tid til konsultationer/graviditetsundersøgelser til sårbare familier. Det samme tilbydes på 67 % af de fødesteder, hvor tilbuddene *ikke* er finansieret som en del af den almindelige drift. Og samtlige af de steder, hvor de udvidede tilbud er finansieret af projektmidler, tilbyder faciliterende gruppeforløb og åbent hus/cafémøder for sårbare gravide/par[22], altså en mere kollektiv og netværksskabende indsats, mod kun henholdsvis 17 % og 0 % af dem, der ikke er finansieret af projektmidler.

Endelig er der signifikante sammenhænge mellem de primære mål for fødestedernes tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier og indholdet af tilbuddene.[23] Samtlige af de tilbud, der har som primært mål at forberede forældrene på fødslen og gøre dem trygge ved det, der skal ske, samt 94 % af dem, der har som mål at øge forældrenes handlekompetence i forhold til graviditet og fødsel, tilbyder ekstra tid til jordemoderkonsultationer for sårbare gravide og småbørnsfamilier. 77 % af de fødesteder, der har som primært mål at støtte forældrene i deres kontakt til andre professionelle og overgang til kommunale tilbud, tilbyder ekstra individuel opfølgning af jordemoderen efter fødsel mod kun 17 % af de steder, der ikke har dette som primært mål[24]. Det viser, at hvis fokus i tilbuddet er på familiens trivsel og den nære tid omkring fødslen, så tilbydes indsatsen i graviditetsundersøgelserne hos jordemoderen. Hvis målet derimod er at understøtte familiernes kontakt med andre professionelle og med andre støttetilbud fokuserer fødestedernes udvidede tilbud i højere grad på at følge familien efter fødslen.

Indholdet i de udvidede kommunale tilbud

Kommunernes tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier er ikke helt så entydige som fødestedernes og indeholder både gruppe- og individuelle forløb. De kommunale tilbud indeholder oftest: Behovsbesøg ud over de sundhedsplejebesøg, der indgår i det almene tilbud (60 %); faciliterende

[21] Chi^2= 0,047.

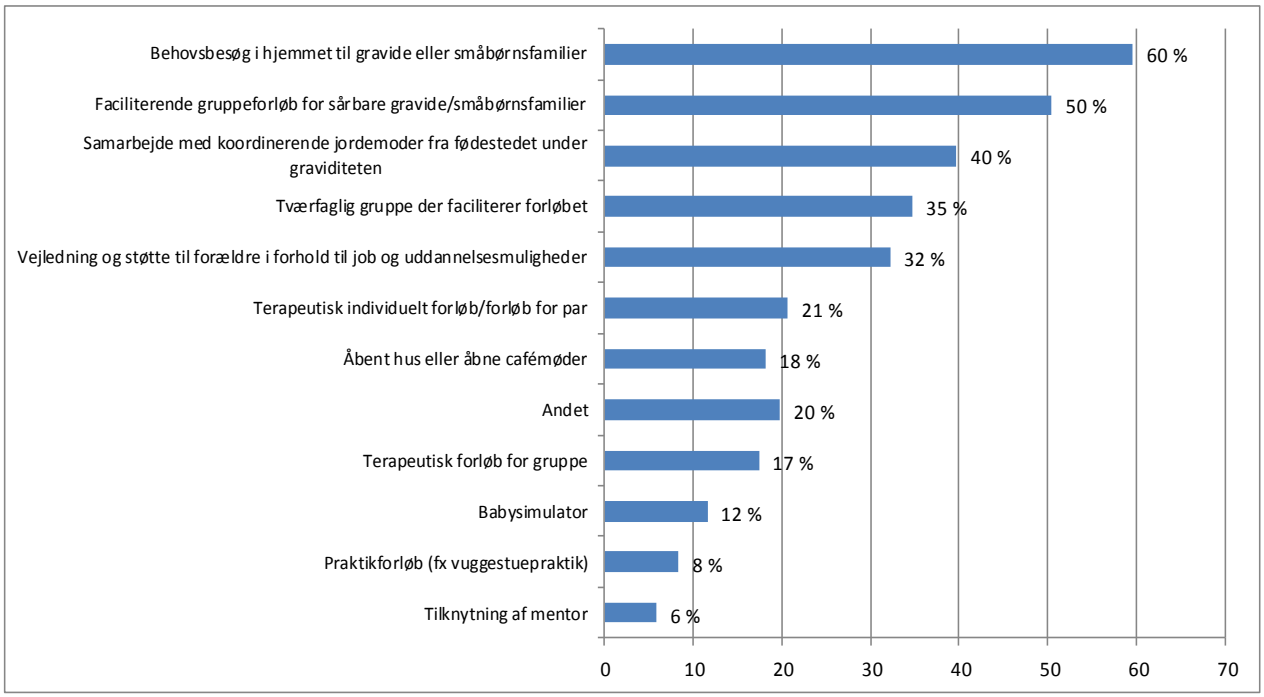
[22] Chi^2= 0,012.

[23] Chi^2= 0,027.

[24] Chi^2= 0,013.

gruppeforløb (50 %); samt samarbejde med en koordinerende jordemoder på fødestedet (40 %). Der er altså også her tale om et fokus på det tværsektorielle samarbejde i form af samarbejde med koordinerende jordemoder på fødestedet samt ekstra individuel indsats i form af behovsbesøg i hjemmet, men i de kommunale tilbud er der højere grad end på fødestederne også fokus på en kollektiv og netværksskabende indsats i form af gruppeforløb (50 %) og Åbent hus eller Cafémøder (18 %).

Figur 9: Indhold i kommunernes tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier



Kilde: Spørgeskema til kommunerne. N = 121. Det har været muligt at sætte flere krydser.

For 24 af de beskrevne tilbud angives det, at de indeholder "andet". I de uddybende beskrivelser af dette element lægges der af flere respondenter vægt på, at tilbuddene er tværfaglige og individuelt tilrettelagt med afsæt i borgerens behov (6). Herudover beskrives specifikke relationsfremmende metoder (5) og netværksaktiviteter for familierne (3).

Der er en signifikant regional sammenhæng[25] i forbindelse med brugen af 'tværfaglige grupper der faciliterer forløbet'. Her skiller kommunerne i Region Midtjylland sig ud ved at være de kommuner, der slet ikke benytter sig af denne form for tværfagligt samarbejde i tilbuddene. Blandt kommunerne fra de øvrige regioner benytter 21-67 % sig af sådanne tværfaglige grupper.

[25] Chi^2= 0,006.

Hvis det udvidede tilbud varetages i et samarbejde mellem sundhedsplejersker og andre faggrupper, er der signifikant større chance for, at tilbuddet til målgruppen indeholder behovsbesøg i hjemmet, samarbejde med koordinerende jordemoder samt faciliterende gruppeforløb. Et eksempel er, at 75 % af kommunerne med sådan et samarbejde foretager behovsbesøg til sårbare, mens det kun gælder 47 % af kommunerne uden sådan et samarbejde.[26]

Ligesom i regionerne er der også i kommunerne sammenhæng mellem mål og tilbudsindhold. 80 % af de kommunale tilbud, der har som mål at skabe netværk, tilbyder faciliterende gruppeforløb for målgruppen mod kun 33 % af de tilbud, der ikke har det mål.[27]

Familiehuse som en del af det udvidede tilbud i kommunerne

I nogle kommuner er der familiehuse eller lignende, som det udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier er tilknyttet. Familiehuse kan have forskellige funktioner og indhold, men som udgangspunkt er det et sted, hvor flere indsatser, fagpersoner og aktiviteter samles, og et sted brugerne kommer og er en del af. Et familiehus kan rumme indsatser som familierådgivning, familiebehandling, gruppeforløb og netværksskabende aktiviteter.

42 af kommunernes respondenter (53 %) svarer, at kommunen har et familiehus, som deres udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier er tilknyttet.

I familiehusene er der en bred vifte af forskellige faggrupper til rådighed. Mest udbredt er sundhedsplejersker, pædagoger, psykologer og socialrådgivere. Mindst udbredt er jobkonsulenter, uddannelsesvejledere, praktiserende læger og 'andre', som indebærer forskellige former for familiebehandlere (familieterapeuter, -vejledere, -konsulenter etc.) og i et enkelt tilfælde et mentorkorps bestående af mange forskellige faggrupper.

[26] Chi^2= 0,021.

[27] Chi^2= 0,000.

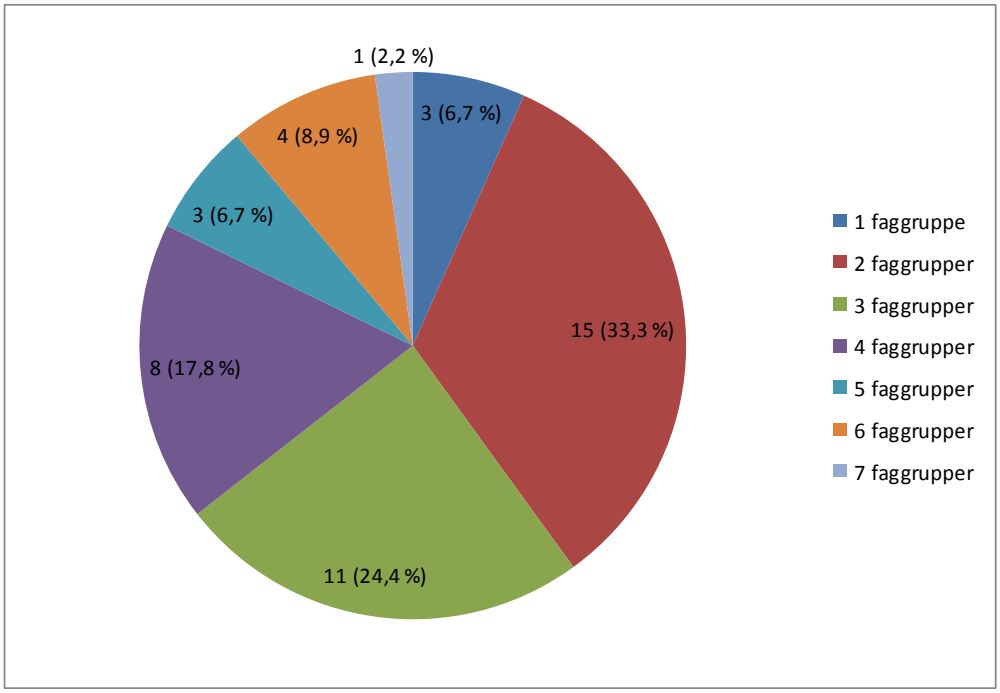
Tabel 10: Faggrupper repræsenteret i familiehusene

Hvilke faggrupper er repræsenteret i familiehusene?	Antal	Procent
Sundhedsplejerske	28	66,7 %
Psykolog	27	64,3 %
Pædagog	27	64,3 %
Socialrådgiver	25	59,5 %
Andre	16	38,1 %
Jobkonsulent	6	14,3 %
Uddannelsesvejleder	4	9,5 %
Praktiserende læge	2	4,8 %

Kilde: Spørgeskema til kommunerne. N = 42.
Det har været muligt at sætte flere krydser.

Som det fremgår af diagrammet nedenfor, har familiehusene 1-7 forskellige faggrupper. En tredjedel har to faggrupper, og en fjerdedel har tre, mens knap 18 % har fire faggrupper repræsenteret. I gennemsnit er 3,2 forskellige faggrupper repræsenteret i familiehusene:

Fig. 10: Antallet af faggrupper repræsenteret i familiehusene



Kilde: Spørgeskema til kommunerne. N = 45.[28]

Generelt viser undersøgelsen, at jo flere udvidede tilbudstyper den enkelte kommune stiller til rådighed, jo større er chancen for at kommunen også har et familiehus. Der er fx en signifikant sammenhæng mellem tilbuddet om faciliterende gruppeforløb for sårbare gravide/familier og tilbuddet om familiehuse i kommunerne.[29] Mens 72 % af de kommuner, der tilbyder faciliterende gruppeforløb, har et familiehus, gælder det kun for 30 % af kommunerne, der *ikke* tilbyder faciliterende gruppeforløb. Det samme gælder for sammenhængen mellem terapeutiske forløb for grupper og familiehuse (83 % mod 47 %). Samtidig er der dog også signifikant flere af de kommuner, der tilbyder individuelle terapiforløb til målgruppen, som har familiehus, end dem der ikke tilbyder individuelle terapiforløb (78 % mod 45 %)[30], samt flere af dem, der tilbyder babysimulator (89 % mod 48 %).[31] Ligeledes har 72 % af de kommuner, der tilbyder vejledning og støtte i forhold til job og uddannelsesmuligheder, familiehuse mod kun 41 % af dem, der ikke tilbyder denne form for støtte.[32] De kommuner, der har et familiehus, tilbyder således en bredere vifte af udvidede tilbud end de kommuner, der ikke har et familiehus.

[28] Selvom 42 respondenter ovenfor har svaret på, hvilke faggrupper, der er repræsenteret i familiehusene, har 45 af respondenterne svaret på antallet af faggrupper repræsenteret i familiehusene.

[29] Chi^2= 0,000.

[30] Chi^2= 0,015.

[31] Chi^2= 0,020.

[32] Chi^2= 0,007.

Endelig er der en signifikant sammenhæng mellem de primære mål for de udvidede tilbud, og om der er et familiehus i kommunen eller ej. Hvis kommunen har et udvidet tilbud, hvor et af de primære mål er at arbejde med forældrenes holdninger til fx opdragelse og tilfredsstillelse af barnets behov samt at styrke relationerne mellem barn og forældre, så er sandsynligheden for at kommunen har et familiehus større, end hvis kommunens tilbud har andre primære mål (henholdsvis 60 % mod 37 % og 59 % mod 21 %)[33].

Kommunens størrelse målt på indbyggerantal og regions tilhørsforhold har ikke noget betydning for, hvorvidt kommunen har et familiehus.

Samlet karakteristik af de udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier

Sammenfattende tegner besvarelserne et billede af, at der på fødesteder og i kommuner eksisterer en bred vifte af udvidede tilbud. Tilbuddene varierer i mål og indhold, men der er ikke markante lokale forskelle på tilbuddene, når de betragtes regionsvis. Tilbuddene rummer desuden brugere fra en bred målgruppe, både når det gælder fødestedernes og kommunernes tilbud.

Med hensyn til mål for de udvidede tilbud har størstedelen af fødestedernes tilbud fokus på mestring i forhold til graviditet og fødsel og kommunernes på at støtte forældrenes relation til barnet. Derudover viser det sig, at når tilbuddet varetages i et samarbejde med andre fagpersoner, vil målene for tilbuddet have et bredere fokus på familien som helhed, som fx forældrenes mentale helbred og deres relation til hinanden.

Modtagerne af de udvidede tilbud viser sig at spænde over flere målgrupper lige fra familier, som ligger indenfor den målgruppe, som vurderes at være dækket ind af det alment tilgængelige tilbud, til familier, som vurderes at have behov for mere omfattende foranstaltninger og behandlingstilbud. Modtagerne i de udvidede tilbud er altså ikke en klart defineret målgruppe, men for fødestedernes tilbud gælder det, at modtagere, som falder indenfor målgruppen niveau 3 ifølge svangreomsorgens anbefalinger, er stærkest repræsenteret, efterfulgt af niveau 4 og niveau 2. Og for kommunernes tilbud gælder det, at modtagere, som falder indenfor målgruppen af familier med sårbare og familier med udsatte børn, er stærkest repræsenteret efterfulgt af familier med truede børn.

Når det kommer til indholdet i de udvidede tilbud, viser undersøgelsen, at der på fødestederne som oftest gives mere tid til den individuelle indsats enten i form af flere eller længere konsultationer, og at der i kommunerne ud over en udvidet individuel sundhedsplejeindsats også arbejdes med en mere kollektiv indsats og netværksskabende aktiviteter. Lidt over halvdelen af kommunerne har desuden i tilknytning til det udvidede tilbud et familiehus med i gennemsnit 3,2 forskellige faggrupper repræsenteret.

[33] Chi^2= 0,007.

CAFÉ BABY START: Det sociale netværk

AALBORG KOMMUNE OG REGION NORDJYLLAND

"Her kan man snakke om alt… Det kan både handle om den seneste bytur og om, at baby ikke vil sove. Det er både snik snak og alvorlige sager"

Hvad er Café Baby Start?

Café Baby Start er et samarbejde mellem Aalborg Kommune og Region Nordjylland, og tilbuddet henvender sig til sårbare og/eller unge mødre i Aalborg og omegn. Tilbuddet består af en ugentlig cafédag på Aalborg Jordemodercenter og en "sattelitdag" om onsdagen i Aalborg Øst. Caféen danner rammen om både rådgivning, fødselsforberedelse og et udvidet netværk for brugerne. Kvindernes partnere kan deltage, når det er nødvendigt eller relevant, men tilbuddet er primært tænkt som et netværksskabende mødested for kvinderne.

En cafédag består typisk af et foredrag eller en fælles aktivitet, og derudover rum og tid til samvær. Til stede er jordemødre og sundhedsplejersker samt andre relevant fagpersoner. Jordemødrene er specialkonsulenter, der har fået kurser i samtale og kommunikation samt i teoretiske tilgange til, hvordan man "vender de rigtige sten", hvilket betyder, at de er trænede i at afdække sårbarhedsproblematikker. Tilbuddet er ikke et egentligt behandlingstilbud, så i de tilfælde, det skønnes nødvendigt, henvises kvinderne til andre tilbud som fx det lokale familiebehandlingscenter.

De sårbare og/eller unge mødre henvises typisk til Café Baby Start via jordemødrekonsultationerne eller det fødselsforberedende kursus. Det er de samme jordemødre, der forestår fødselsforberedelsen for de sårbare og de unge, som er i cafeen – dette er bl.a. med til at sikre genkendelighed og skabe tryghed for brugerne. Yderligere hvervning og reklame for tilbuddet foregår via facebook. Når en ung og/eller sårbar mor deltager i projektet sættes et "klistermærke" på hendes vandrejournal eller pusleseddel, så de øvrige fagpersoner ved, at hun deltager.

Hvad er Café Baby Start særligt gode til?

Cafe Baby Start er et uformelt forum, som handler om at skabe netværk og få redskaber til at klare livet som ny mor eller småbarnsfamilie, snarere end at behandle en social problematik. Dette udgangspunkt skaber et trygt rum, som kvinderne kan bruge som "ventil" i dagligdagen. Kvinderne oplever et fællesskab om det at have små børn, hvor man kan sparre og opbygge sin selvtillid som mor med støtte fra fagpersoner og de øvrige kvinder. Dette skaber ifølge jordmødrene i Cafe Baby Start en tryghed blandt brugerne og en meget tilfreds brugergruppe.

Ovenstående beskrivelse er blevet til i en dialog med centrale medarbejdere i Café Baby Start, ved besøg og/eller telefonsamtaler.

9. Involvering af faren

Involvering af faren i tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier har været et fokusområde i længere tid. Udmøntningen af satspuljemidlerne fra det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium i 2003 satte blandt andet særligt fokus på udvikling og afprøvning af tilbud specifikt målrettet fædre og involvering af faren i de tilbud, som gives til gravide og småbørnsfamilier. I Sundhedsstyrelsens tværgående vidensopsamling på disse projekter (Bossi-Andresen og Jacobsen 2008:55), fremgår det, at der er et øget fokus på fædrene – og at både mødre, fagpersoner og fædre oplever det som relevant, at faren inddrages i de tilbud, der gives.

I vidensopsamlingen fra Sundhedsstyrelsen pointeres det, at inddragelse af faren er vigtig, da fædrene har mange ressourcer, som understøtter og stimulerer barnets og familiens udvikling. Hvis disse skal udnyttes optimalt, kræver det, at fædrene ikke afskrives deltagelse i og omsorg for barnet og familien, men aktivt inddrages som ressourceperson. Faren skal altså af fagfolkene omkring familien anerkendes som en ressource, der kan understøtte en positiv udvikling hos både barn og familie, og de forskellige tilbud skal tilrettelægges, så han rent praktisk har mulighed for at deltage i aktiviteterne på lige fod med moren (Bossi-Andresen og Jacobsen 2008:56).

Et øget fokus på faren er en generel tendens (se fx afsnittet om tidlig indsats i Servicestyrelsens Håndbog om Barnets Reform 2011:91), og i anbefalingerne til svangreomsorgen fra 2013 fremhæver Sundhedsstyrelsen, at der er et større behov for inddragelse af fædre i kontakten til sundhedsvæsenet. Det pointeres, at fædrenes roller og opgaver ændres, og at det stiller nye krav til fokus på fædrenes selvstændige behov, bl.a. i forhold til indholdet i fødsels- og forældreforberedelsen under graviditeten (Sundhedsstyrelsen 2013:9 og 147). For det almene tilbud til småbørnsfamilier anbefales fx det af Sundhedsstyrelsen, at der spørges specifikt til fars deltagelse i pasning og pleje af barnet i den almene 5-ugers undersøgelse hos familiens praktiserende læge (Sundhedsstyrelsen 2011:82).

Sundhedsstyrelsens vidensopsamling på satspuljeprojekterne viste, at de projekter, hvor fagpersonerne var opmærksomme på kommunikationen til og involvering af fædrene som ressource, lykkedes med at optimere fædrenes engagement i sundhedsplejerskernes besøg i hjemmet. Det konkluderes, at der derfor er god grund til at tilpasse nuværende tilbud og målrette nye mod fædrene (Bossi-Andresen og Jacobsen 2008:56). I dette kapitel sættes der derfor særligt fokus på involvering af faren i tilbuddene til sårbare gravide og småbørnsfamilier.

Involvering af faren i udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier

I spørgeskemaundersøgelserne er der specifikt spurgt ind til målretning af de udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier i forhold til henholdsvis faren og moren. Nedenfor fremgår det, hvor mange af de beskrevne tilbud på de fødesteder, der deltager i undersøgelsen, der er målrettet faren på lige fod med moren.

På fødestederne er 75 % af de udvidede tilbud målrettet faren på lige fod med moren, mens resten primært er målrettet moren.

Tabel 11: Farens involvering i fødestedernes tilbud

Hvem er tilbuddet på fødestedet målrettet?	Antal	Procent
Tilbuddet er målrettet faren på lige fod med moren	15	75,0 %
Tilbuddet er primært målrettet moren	5	25,0 %
I alt	*20*	*100 %*

Kilde: Spørgeskema til fødesteder

Det antal kommuner, der er tilknyttet fødestedet, har ikke signifikant betydning for, om de udvidede tilbud henvender sig til fædrene.

20 % (3) af de 15 tilbud målrettet faren på lige fod med moren vurderes dog ikke at være tilrettelagt under hensyntagen til farens deltagelse, fx i forhold til tidspunkt, metoder og emner.

Lidt mindre end halvdelen (45 %) af de kommunale tilbud er målrettet faren på lige fod med moren, og lidt flere end halvdelen (54 %) af de kommunale tilbud er primært målrettet moren. Et enkelt af tilbuddene i kommunalt regi er primært målrettet faren:

Tabel 12: Farens involvering i de kommunale tilbud

Hvem er det kommunale tilbud målrettet?	Antal	Procent
Tilbuddet er primært målrettet faren	1	0,9 %
Tilbuddet er målrettet faren på lige fod med moren	53	45,3 %
Tilbuddet er primært målrettet moren	63	53,9 %
I alt	*117*	*100 %*

Kilde: Spørgeskema til kommunerne

Hverken kommunernes størrelse/indbyggertal eller regionstilknytning har signifikant betydning for, hvor målrettet de udvidede tilbud er i forhold til fædrene.

Af de 52 kommunale tilbud, hvor faren på lige fod med moren er i målgruppen, vurderes det alligevel for 15 % (8) af tilbuddene, at de rent praktisk *ikke* er tilrettelagt, så faren også kan deltage, fx i forhold til tidspunkt, metoder og emner.

Sættes resultaterne anderledes op – fordelt på antal fødesteder og kommuner – viser det sig, at fem ud af de 19 fødesteder i denne undersøgelse udelukkende har udvidede tilbud, der primært er målrettet moren og altså ikke har nogle tilbud, der er målrettet faren. Tolv fødesteder har minimum ét tilbud, der er målrettet faren på lige fod med moren, og ti af disse er tilrettelagt under hensyntagen til farens deltagelse.

For kommunerne gælder det, at 33 af landets kommuner udelukkende har tilbud, der primært er målrettet moren. De resterende kommuner har ét eller flere tilbud, som er målrettet faren på lige fod med moren. Det skal bemærkes, at otte af de kommuner, som har minimum et eller udelukkende tilbud målrettet faren på lige fod med moren, angiver, at tilbuddene ikke er tilrettelagt under hensyntagen til farens deltagelse. Det vil sige, at 33 + 8 kommuner ikke har tilbud, som er målrettet faren på lige fod med moren. Som far i en sårbar småbørnsfamilie er der altså betydelig forskel på, hvilken støtte du tilbydes i de forskellige kommuner og regioner.

Generelt ser det ud til, at der i både kommuner og på fødesteder er et udviklingspotentiale i forhold til involveringen af faren i de udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier. Sammenlignes tallene fra fødestederne og kommunerne ses, at flere af fødestedernes udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier henvender sig til fædrene på lige fod med mødrene end de kommunale udvidede tilbud (75 % mod 46 %). At fødestedernes tilbud har større fokus på fædre end de kommunale kan hænge sammen med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen, der – som tidligere nævnt – direkte fremhæver et større behov for inddragelse af fædrene. Men begge steder er der tegn på et behov for at øge fokus på fædrene ved bl.a. at rette den praktiske tilrettelæggelse af tilbuddene mere ind mod fædrenes situation.

At et fokus på far i tilbuddene er væsentlig for barn og familie understøttes af de fagprofessionelle, der deltog på workshoppen om sårbare gravide og småbørnsfamilier. De fagprofessionelle pointerer, at tilbuddene kan være med til at styrke farens følelsesmæssige tilknytning til børnene, skabe mulighed for netværksdannelse fædre imellem, støtte farens forældrekompetencer og klæde ham på til at tage ansvar for barn og familie og vise, at han er en ressource.

Blandt de fagprofessionelle på workshoppen var der således bred enighed om, at der i fremtiden bør være et større fokus på fædre i tilbuddene til sårbare gravide og småbørnsfamilier. Deltagerne fremhævede blandt andet, at tilbuddene praktisk skal tilrettelægges, så far har mulighed for at deltage; at tilbuddene skal være mere praktisk aktivitetsrettede; og at det er væsentligt, at fagfolk anerkender farens ressourcer på lige fod med morens.

I vidensopsamlingen på erfaringer fra satspuljeprojekterne igangsat i 2003 beskriver Sundhedsstyrelsen forskellige elementer, der er væsentlige for at inddrage faren på lige fod med moren i til-

buddene til sårbare småbørnsfamilier. Et særligt fokus på at tilpasse kommunikation til faren, involvere ham i indholdsmæssigt meget konkrete aktiviteter og skabe en tillids- og omsorgsfuld relation, skaber gode forudsætninger for at involvere faren som ressourceperson i forhold til at sikre de bedste udviklingsforhold for barn og familie (Bossi-Andresen og Jacobsen 2008:60). At sikre farens engagement kan være afgørende for familiens trivsel – og erfaringerne fra ét af satspuljeprojekterne viser, at når engagementet er etableret *"kan alt lykkes"* (Bossi-Andresen og Jacobsen 2008:34).

Det positive potentiale ved at involvere faren i enten særskilte tilbud til ham eller på lige fod med moren anerkendes således bredt, og resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at det organisatoriske og praktiske fokus på faren i tilbud til sårbare småbørnsfamilier kan forbedres.

EN GOD START – SAMMEN: Både mor og far

HJØRRING KOMMUNE

Hvad er En god start - sammen?
I Hjørring Kommune er alle kommende forældre siden 2011 blevet tilbudt forældrekurser. Kurserne tager udgangspunkt i konceptet En god start – sammen, og henvender sig til alle gravide og deres partnere, der er bosat i Hjørring Kommune. Projektet har til formål at støtte og udvikle forældrenes omsorgskapacitet og handlekompetence med henblik på at etablere en tryg tilknytning mellem barn og forældre. Yderligere har forældrekurset til formål at udvikle og fastholde sunde vaner for hele familien.
Kurset foregår på hold a ca. 16-20 personer, svarende til 8-10 par. Forløbet strækker sig fra 12-14 uger før fødslen til barnet er ca. 3 år. Kurset indeholder forskellige temaer efter en fast model med i alt 11 mødegange – tre før og otte efter fødslen. Kurset afsluttes med et besøg i hjemmet af en sundhedsplejerske. Der er altid to instruktører på et kursus, hvor sundhedsplejersken er gennemgående og kontaktperson for holdet. De øvrige instruktører er en jordemoder de første fire mødegange og derudover f.eks. en sexolog, en børnefysioterapeut, en familiekonsulent eller endnu en sundhedsplejerske. På hvert møde er der faste temaer med korte oplæg efterfulgt af diskussioner i hele gruppen, parvist eller i kønsopdelte grupper. Ud over de faste temaer er der også tid til at diskutere emner, som forældrene er optaget af, på de enkelte mødegange.
Det er et alment tilbud, som fungerer meget inkluderende, og som dermed skaber netværk på tværs af målgruppens socioøkonomiske udgangspunkter. I konceptet er der derudover lagt stor vægt på, at tilbuddet er rettet mod begge forældre og ikke alene mødrene.
En god start – sammen har et tæt og godt samarbejde med tilbuddet Kom Godt I Gang, som er et samarbejde mellem Vendsyssel Sygehus og Hjørring Kommune. Der udveksles viden og erfaringer mellem medarbejderne, og de oplever, at kendskabet til tilbuddene spreder sig gensidigt mellem sårbare familier. Forældrene visiteres efter en samtale i graviditetens uge 17 til det tilbud, der er relvant for dem - En god start – sammen, Kom Godt I Gang eller de andre tilbud på Jordemodercentret.

Hvad er En god start – sammen særligt gode til?
En god start – sammen har fokus på et forebyggende og opsøgende arbejde ift. alle kommende familier. "Gråzone-familierne" får meget ud af kurserne, og en instruktører siger: *"De siger ikke nødvendigvis særligt meget, men de har store ører og det kan mærkes, de reflekterer over det, som foregår og bliver sagt på mødegangene."*
Instruktørerne fortæller, at forældrene føler sig anerkendt omkring det, som de kommer med i bagagen og meget tyder på, at deres kompetencer udvikles. Dette eksemplificeres med en beskrivelse af en ung far på 19 år, der tager imod sit barn ved fødslen, som foregår ved akut kejsersnit. Han pakker barnet ind, tager omkring barnets hoved, skaber øjenkontakt og siger: *"Nu er du kommet ud af mors mave, så skal du pakkes ind, så du ikke fryser. Lige nu er det mig, som passer på dig."*

Hvordan kan En god start - sammen blive endnu bedre"?
Kurset kan med fordel have endnu mere fokus på fædrene og deres behov. Mødegangene kan have mere fokus på faderens rolle og særlige udfordringer, og flere mødegange kan være kønsopdelte. Emnerne på mødegangene kan gøres forskellige mellem kønnene; mændene er fx ikke optagede af at høre om brystets opbygning og hvordan amningen fungerer. Derimod er de meget interessede i viden om, hvordan de kan støtte moderen i at amme. Man kan være mere undersøgende på, hvad fædrene efterspørger. Desuden overvejes det, om frivillige instruktører vil opkvalificere forældreuddannelsen.

Ovenstående beskrivelse er blevet til i en dialog med centrale medarbejdere i En god start - sammen, ved besøg og/eller telefonsamtaler.

10. Kvalitetssikring og evaluering

I Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for svangreomsorgen" påpeges det, at regioner og kommuner bør sætte fokus på kvalitetsudvikling i svangreomsorgen. I den forbindelse er det ifølge Sundhedsstyrelsen væsentligt, at det sker i gode forskningsmiljøer og med formidling og læring af erhvervet viden på området (Sundhedsstyrelsen 2013:195). Sundhedsstyrelsen pointerer, at *"Det tilstræbes, at svangreomsorgens undersøgelser og behandlingstilbud er funderet på evidensbaserede undersøgelser, men for dele af svangreomsorgen foreligger denne viden ikke. Her ligger den erfaringsbaserede viden og erfaringsudveksling til grund for anbefalinger og klinisk praksis"* (Sundhedsstyrelsen 2013:196).

Viden og erfaringsudveksling på praksisniveau anerkendes således af Sundhedsstyrelsen som et udgangspunkt for udvikling af tilbuddene. Da kommuner og regioner er hovedansvarlige for tilbud målrettet sårbare gravide og småbørnsfamilier, er gensidig udveksling – både på tværs af sektorer og fag – af deres erfaringer i form af evalueringer af tilbud afgørende for kvalitetsudviklingen.

Uden en stærk evalueringskultur kan det være vanskeligt at vurdere indsatsers virkning, ressource- og kompetencekrav etc., ligesom det bliver vanskeligt at lære af gode erfaringer fra andre kommuner/fødesteder, fordi indhold og organisering ikke er beskrevet med en systematik, der understøtter muligheder for overførsel til andre kommuner. Det indebærer en risiko for, at indsatser udvikles parallelt uden mulighed for at bygge videre på feltets erfaringer.

Blandt de fagprofessionelle, der deltog i workshoppen, var der bred enighed om, at der generelt er behov for et øget fokus på at evaluere tilbud og at bygge ovenpå erfaringer fra allerede udviklede og afprøvede tilbud. Blandt deltagerne var der en bred konsensus om, at feltet i fremtiden i højere grad bør fokusere på at kvalitetsudvikle eksisterende tilbud fremfor at iværksætte nye indsatser, der ikke bygger på erfaringsbaserede virkningsfulde elementer. De fagprofessionelle pointerede, at de anser krav om evalueringer som et positivt aspekt, så længe det anerkendes, at det kræver ressourcer at gennemføre dem.

Evalueringer af de udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier

Nærværende undersøgelse har spurgt til omfanget af evalueringer af eksisterende udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier.

På fødestederne foreligger der evalueringsrapporter på tre ud af 20 beskrevne tilbud (16 %). Det har ingen signifikant betydning for forekomsten af evalueringer, hvor mange kommuner, der er tilknyttet hvert fødested. I otte tilbud (40 %) indsamles der løbende data, som kan belyse delta-

gernes udvikling under deres tilknytning til tilbuddet.[34] Heller ikke her har antallet af tilknyttede kommuner til hvert fødested nogen signifikant betydning.

Et lignende mønster kan genfindes i kommunerne, hvor der foreligger evalueringsrapporter i hvert tredje tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier (31 %).[35] Hverken kommunernes indbyggertal eller regionstilknytning har signifikant betydning for, om der foretages evalueringer eller ej. I knapt halvdelen af tilbuddene indsamles data løbende, der belyser deltagernes udvikling under deres tilknytning til tilbuddet (44 %). Heller ikke her har kommunernes størrelse eller regionstilhørsforhold betydning for indsamlingen af data.

I kommunerne udarbejdes der altså hyppigere evalueringsrapporter af udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier, end det ses på fødestederne (31 % mod 16 %), men ingen af stederne ser det ud til at være udbredt.

Undersøgelsen viser, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger om kvalitetsudvikling på baggrund af erfaringer fra praksis i form af evalueringer mv. ikke efterleves systematisk i kommuner og på fødesteder.[36] Hvis udviklingen af tilbud målrettet sårbare gravide og småbørnsfamilier i højere grad skal leve op til anbefalingerne i fremtiden, forudsætter det målrettede ressourcer afsat til netop dette, når nye tilbud iværksættes. I Sundhedsstyrelsens udmøntning af de seneste satspuljeinitiativer i 2014 målrettet sårbare gravide kræves det, at samtlige puljeprojekter leverer data til Sundhedsstyrelsens tværgående evaluering af indsatser, der finansieres af puljen (Sundhedsstyrelsen 2014). Hermed har de taget initiativ til, at der udvikles en evalueringskultur på feltet, som har mulighed for øget viden om tilbuddene og dermed sikrer kvalitetsudviklingen.

Som angivet tidligere har samtlige beskrevne udvidede tilbud på fødesteder og i kommuner over fire primære mål for deres indsats. Tilbuddene er således præget af en stor bredde i forhold til hvilke mål, de har mulighed for at vurdere effekten på i en eventuel evaluering. Denne høje grad af kompleksitet kan skabe en barriere for at iværksætte evalueringer, da det kræver mange ressourcer og evalueringserfaringer at udvikle og implementere et komplekst evalueringsdesign. Anbefalinger om at gennemføre evalueringer på enkelte specifikke mål angivet af fx Sundhedsstyrelsen og/eller Socialstyrelsen kan være med til at understøtte en styrket evalueringskultur på området.

[34] Tallene for både fødesteder og kommuner henviser specifikt til de udvidede tilbud, hvor respondenten har angivet, at tilbuddet er evalueret eller ej, og om man har fulgt deltagernes udvikling eller ej. Ikke alle respondenter har svaret på, om der foreligger evalueringer af de enkelte tilbud.

[35] Det skal dog bemærkes, at syv kommuner i spørgeskemaerne påpeger, at en evaluering af deres tilbud er under udarbejdelse.

[36] Det er ikke medtaget i undersøgelsen, hvordan de forholdsvis få evalueringer er udformet, og om deres kvalitet vurderes til at være på et niveau, der fortjener udbredelse til andre kommuner. Afrapportering til opdragsgivere, politikere, administratorer og styrelser mv. er endvidere ikke en del af undersøgelsens fokus.

De fagprofessionelle på workshoppen var i høj grad optaget af, hvordan udveksling af erfaringer og viden blandt praktikere understøttes bedst muligt. Samtidig blev det pointeret, at den gensidige erfaringsudveksling praktikere imellem med fordel kan suppleres med, at formidlingen af forsknings- og evidensbaseret viden på området styrkes.

På workshoppen blev det foreslået, at der oprettes en fælles vidensportal/videnscenter, der har til formål netop at operationalisere viden fra både praksisfeltet og forskningsmiljøer. Begrundelsen for dette ønske var en forventning om, at en sådan vidensportal/videnscenter vil skabe grundlag for en større gennemsigtighed i tilbuddene samt for en bedre anvendelse af virkningsfulde indsatser. Disse to elementer kan, forventede de fagprofessionelle, sikre en højere kvalitet i udviklingen af fremtidige tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier. Indholdet i videnscenteret/vidensportalen kan samtidig danne baggrund for beslutningstageres vurderinger og prioriteringer på området.

Såvel resultaterne fra spørgeskemaundersøgelserne som de fagprofessionelles input tegner et billede af, at en højere prioritering af videns- og erfaringsudveksling gennem evalueringer af eksisterende tilbud ville være væsentlig i forhold til kvalitetsudvikling af tilbuddene til sårbare gravide og småbørnsfamilier.

11. Opsporing af sårbare gravide og småbørnsfamilier

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at sundhedspersonalet omkring den gravide – fx jordemoder og praktiserende læge – bør foretage individuelle vurderinger af den gravides trivsel og behov og supplere med yderligere tilbud ved behov (Sundhedsstyrelsen 2013:26).

En graviditet er kort, og indsatser iværksat allerede under graviditeten har gunstig virkning for sårbare familiers trivsel (Broden 2007, Marklund og Simic (red.) 2012, Stern 1999 og 2004). Den tidlige opsporing af de sårbare gravide er derfor central for effekten af den udvidede indsats – og her spiller de almene tilbud hos praktiserende læge, jordemødre og sundhedsplejerskerne samt det tværsektorielle samarbejde mellem fødesteder og kommuner en afgørende rolle.

For at Sundhedsplejen kan deltage i en tidlig indsats for sårbare gravide og småbørnsfamilier er det afgørende, at de får kontakt til familierne allerede under graviditeten. Sundhedsplejen har ikke kendskab til de gravide/de kommende forældre på forhånd, og derfor er en struktureret henvisningsprocedure og -praksis fra de faggrupper, der forestår den første kontakt med de gravide, central. Vurderingen af sårbarhed sker i alle kontakter med den gravide/de kommende forældre, og opsporingen foregår således løbende. Det svækker mulighederne for opsporing af sårbare gravide og igangsættelse af en tidlig indsats, når henvisningsprocedurerne af forskellige grunde ikke fungerer.

De almene tilbud som gives til alle gravide familier er ikke nærværende undersøgelses fokusområde. Derimod er det væsentligt at se på det almene tilbuds rolle i forhold til opsporingen af sårbare gravide og småbørnsfamilier, som har behov for støtte udover de almene tilbud. Og mere specifikt om de fagpersoner, der er involveret i de almene tilbud, har mulighed for at blive opmærksomme på de særligt sårbare og henvise til udvidede tilbud.

Kommunernes rolle i forhold til tidlig opsporing af sårbare gravide

Det kræver tid sammen med en gravid at opdage, om der er sårbarhedstræk, som gør, at hun er i målgruppen for et udvidet tilbud. Der er en række muligheder for at 'opdage' en sårbar gravid i de almene tilbud – fx i forbindelse med graviditetsbesøg fra Sundhedsplejen i den gravides hjemkommune.

72 af de kommunale respondenter angiver, at de har tilbud om graviditetsbesøg (svarende til 92%). Af disse har 45 (63 %) udelukkende graviditetsbesøg ved behov. Af de kommunale respondenters svar fremgår, at de 'meget ofte' eller 'ofte' får kontakt til de gravide, der tilbydes graviditetsbesøg af Sundhedsplejen, via fødestedet (75 %). Det er sjældent, at den gravide selv henvender sig til Sundhedsplejen, mens det er 'aldrig' eller 'sjældent', at henvisningen kommer fra den gravides praktiserende læge (78 %):

Tabel 13: Hvordan får kommunerne kendskab til de gravide, som skal tilbydes besøg?

Hvorfra får Sundhedsplejen kendskab til gravide, der tilbydes besøg?	1 (aldrig)		2		3		4		5 (meget ofte)		
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	I alt
Fra fødestedet	0	0,0 %	6	7,6 %	14	17,7 %	21	26,6 %	**38**	**48,1 %**	79
Fra den gravides praktiserende læge	20	26,0 %	**40**	**51,9 %**	16	20,8 %	0	0,0 %	1	1,3 %	77
Den gravide henvender sig selv	7	9,1 %	**39**	**50,6 %**	25	32,5 %	5	6,5 %	1	1,3 %	77
Andet	10	16,4 %	**26**	**42,6 %**	19	31,1 %	3	4,9 %	3	4,9 %	61

Kilde: Spørgeskema til kommuner. Tallene i blå og fed skrift markerer de største tal for hver række.

Over halvdelen af de kommunale respondenter (53 %/42) oplever, at det generelt er en udfordring at få tidligt kendskab til de gravide, som bør tilbydes graviditetsbesøg. Dette kan være problematisk, da netop hjemmebesøget giver mulighed for at få et bredt indblik i den kommende families liv, potentialer og sårbarheder, så en tidlig indsats kan iværksættes ved vurderet behov. Der kan således være et stort potentiale i at skabe bedre vilkår for, at Sundhedsplejen får kendskab til de gravide, som kan have gavn af graviditetsbesøg og muligvis andre udvidede tilbud.

Nogle af kommunerne samarbejder – som tidligere beskrevet – med fødesteder omkring fødsels- og forældreforberedelse og/eller med praktiserende læge omkring forældrekurser. Der er dog *ingen* signifikant sammenhæng mellem kommunernes samarbejde med fødestederne om fødsels- og forældreforberedelse og udfordringer med at få kendskab til sårbare gravide (53 % af dem, der *ikke* samarbejder med fødestederne, oplever det som en udfordring, mens det gælder 52 % af dem, der har sådan et samarbejde). Der er heller *ingen* signifikant sammenhæng mellem kommunernes samarbejde med fødesteder og andre aktører omkring forældrekurser og deres udfordringer med at få kendskab til sårbare gravide (Der er det 50 % mod 53 %).

På workshoppen blev det fra flere sider fremhævet, at kommunernes mulighed for at opspore sårbare familier allerede under graviditeten med fordel kan styrkes for at sikre, at målgruppen så tidligt som muligt modtager de udvidede tilbud, de har behov for. Samt at en tættere kontakt mellem almen praksis og de udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier på fødesteder og i kommuner kan forebygge, at målgruppen 'falder igennem' et hul i samarbejdet.

De professionelle er således i høj grad bevidste om, at tidlig opsporing af sårbare gravide og småbørnsfamilier er en forudsætning for at de udvidede tilbud får den ønskede effekt. Opsporing blev på workshoppen italesat som et væsentligt udviklingsområde, og det blev pointeret, at de profes-

sionelle bl.a. mangler et screeningsværktøj, der både kan identificere de sårbare gravide og småbørnsfamilier og understøtte matchning mellem den enkelte families behov og de relevante tilbud, der er tilgængelige lokalt på tværs af sektorer. Værktøjet skal altså udover tidlig opsporing styrke de tværsektorielle og tværfaglige henvisningsprocedurer fx mellem praktiserende læger, jordemødre og sundhedsplejersker.

Praktiserende lægers rolle i forhold til tidlig opsporing og henvisning

Den praktiserende læge er både den første sundhedsprofessionelle, der har kontakt til den gravide, og den sundhedsprofessionelle, der har den mest kontinuerlige kontakt til familien over tid bl.a. gennem børneundersøgelserne. Den praktiserende læge har derfor mulighed for at spille en central rolle i forhold til opsporing og henvisning til udvidede tilbud. I den gravides vandrejournal skal den praktiserende læge bl.a. vurdere hendes sociale og psykologiske forhold samt angive, hvilket niveau af svangreomsorgens ydelser, den gravide skønnes at have behov for (Sundhedsstyrelsen 2013:37).

Den praktiserende læges centrale rolle som såvel den første som den kontinuerlige kontakt med den gravide og senere den nybagte mor og barn afspejles ikke tydeligt i data fra de to spørgeskemaer. I besvarelserne fra fødestedernes og kommunernes respondenter indtager de praktiserende læger således ikke den plads i opsporingsarbejdet, som Sundhedsstyrelsens vejledning og anbefalinger lægger op til, at lægen bør have (Sundhedsstyrelsen 2013). Det skal bemærkes, at vi ikke har spurgt lægerne selv i denne undersøgelse. De data vedrørende praktiserende læger, som præsenteres her, er fra respondenterne på fødestederne og i kommunerne – og altså set fra deres perspektiv.

I opsamlingen på projekt "Når børn har brug for en særlig indsats – træning af praktiserende læger gennem supervision" pointeres det, at praktiserende lægers kompetencer bør styrkes med henblik på *"…at opspore behovsbørn og gennemføre den indledende undersøgelse af børnenes behov og foretage en relevant visitation til andre eller sig selv afhængig af problemstillingen"* (Flachs og Lykke 2008:39). Dette understøttes af en fokusgruppeundersøgelse fra Forskningsenheden for Almen Praksis i 2011 om praktiserende lægers arbejde med sårbare patienter. Her beskrives det, at praktiserende læger er usikre på, hvordan sårbarhed defineres, og at dette også kan have betydning for deres handlemønstre over for denne målgruppe (Lindberg, Thorsen og Reventlow 2011). Denne usikkerhed kan gøre, at praktiserende læger har svært ved at vurdere, om den gravide eller familien er sårbar, og om de skal henvise til et udvidet tilbud.

Når det gælder henvisning til fødesteder og kommuners udvidede tilbud til sårbare gravide viser det sig, at det er forskelligt fra tilbud til tilbud, hvor hyppigt det er lægen, som henviser til tilbuddet. På en fem-skala, hvor et svarer til 'sjældent' eller 'aldrig', og fem svarer til, at lægen 'ofte' henviser til tilbuddet, svarer halvdelen af fødestederne et eller to, mens 30 % svarer fem (ofte).

Det kan være fordi, det rent teknisk er en jordemoder, som henviser til tilbuddet på baggrund af de oplysninger, lægen har skrevet på graviditetsanmeldelse efter første graviditetsundersøgelse. En anden mulighed er, at den praktiserende læge ikke kender til de eksisterende tilbud på fødestedet og derfor ikke kan være med til at understøtte det rigtige match mellem en sårbar gravids behov og tilbuddet. Uanset årsag indikerer det, at det er forskelligt fra tilbud til tilbud, hvor tæt samarbejdet med de praktiserende læger omkring henvisning til tilbuddene er.

Tabel 14: Henvisningsveje til fødestedernes tilbud til sårbare gravide

	(meget sjælden/aldrig) 1		2		3		4		(ofte) 5			
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	I alt	Gn. snit
Bruger henvender sig selv til tilbuddet	**9**	**45,0 %**	6	30,0 %	3	15,0 %	2	10,0 %	0	0,0 %	20	**1,4**
Praktiserende læge henviser til tilbuddet	4	20,0 %	**6**	**30,0 %**	1	5,0 %	3	15,0 %	**6**	**30,0 %**	20	**3,0**
Jordemødre henviser internt til tilbuddet	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	7	35,0 %	**13**	**65,0 %**	20	**4,6**
Socialforvaltning henviser til tilbuddet	**13**	**68,4 %**	3	15,8 %	2	10,5 %	1	5,3 %	0	0,0 %	19	**1,5**
Sundhedsplejen i hjemmekommunen henviser til tilbuddet	**7**	**36,8 %**	6	31,6 %	1	5,3 %	2	10,5 %	3	15,8 %	19	**2,3**
Fødestedets visitator eller koordinerende jordemoder henviser til tilbuddet	5	25,0 %	1	5,0 %	1	5,0 %	1	5,0 %	**12**	**60,0 %**	20	**3,7**
Andre henviser til tilbuddet	**8**	**42,1 %**	5	26,3 %	5	26,3 %	0	0,0 %	1	5,3 %	19	**2,0**

Kilde: Spørgeskema til fødesteder. De blå tal i fed fremhæver det største tal for hver henvisningsvej samt gennemsnittet i højre kolonne.

Samme billede ses i forhold til de kommunale tilbud. Her er det oftere borgeren selv eller fødestedet, der kontakter de kommunale tilbud, end det er den praktiserende læge, der henviser til tilbuddet:

Tabel 15: Henvisningsveje til kommunernes tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier

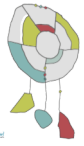
Vurder hyppigheden af følgende henvisningsveje til kommunens tilbud målrettet sårbare gravide og småbørnsfamilier	(meget sjælden/aldrig) 1		2		3		4		(Ofte) 5			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	I alt	Gn. snit
Brugeren henvender sig selv	**47**	**42,0 %**	31	27,7 %	22	19,6 %	8	7,1 %	4	3,6 %	112	**2,0**
Praktiserende læge henviser til tilbuddet	**57**	**52,3 %**	30	27,5 %	12	11,0 %	7	6,4 %	3	2,8 %	109	**1,8**
Jordemoder fra fødestedet henviser til tilbuddet	**31**	**28,7 %**	16	14,8 %	20	18,5 %	12	11,1 %	**29**	**26,9 %**	108	**2,9**
Socialforvaltning henviser til tilbuddet	**24**	**21,2 %**	20	17,7 %	19	16,8 %	**24**	**21,2 %**	**26**	**23,0 %**	113	**3,1**
Sundhedsplejen henviser internt til tilbuddet	10	8,8 %	7	6,1 %	11	9,6 %	16	14,0 %	**70**	**61,4 %**	114	**4,1**
Andre henviser til tilbuddet	**47**	**46,1 %**	25	24,5 %	18	17,6 %	4	3,9 %	8	7,8 %	102	**2,0**

Kilde: Spørgeskema til kommunerne. De blå tal i fed fremhæver det største tal for hver henvisningsvej samt gennemsnittet i højre kolonne.

Praktiserende læger spiller således en lille rolle i opsporingen af sårbare gravide og småbørnsfamilier. Det kan afspejle, at det centrale samarbejde mellem kommuner og praktiserende læger endnu ikke har fundet en form, hvor den praktiserende læge systematisk orienteres om nye kommunale tiltag og tilbud, og om deres mulighed for at henvise til disse.[37]

På baggrund af input på workshoppen synes der dog at være bred enighed på feltet om, at praktiserende lægers rolle i forhold til opsporing af sårbare gravide og småbørnsfamilier bør styrkes. Her blev det pointeret, at praktiserende lægers potentialer for opsporing bør udnyttes bedre, og at det er nødvendigt med et tættere samarbejde med dem for at sikre dette.

[37] Læs mere om det tværsektorielle samarbejde i kapitel 12.



12. Rammer for det tværsektorielle samarbejde

Tilbud fra fagpersoner til familier under graviditet, fødsel og barsel er pr. definition tværsektoriel i Danmark, da fødselsforberedelse og fødsel understøttes af praktiserende læge og det regionale fødested, mens Sundhedsplejen er kommunalt forankret, og understøtter forældrene fra slutningen af graviditeten og efter fødslen - i samarbejde med den praktiserende læge.

Et helhedsorienteret tværsektorielt samarbejde omfatter ikke alene de faste fagpersoner som jordemoder, sundhedsplejerske og den praktiserende læge, men kan eksempelvis også omfatte dialog med sagsbehandlere, børnefamilierådgiver, psykolog, pædagog mv., hvis dette er relevant. Aktører i civilsamfundet kan også være relevante samarbejdspartnere i forhold til sårbare gravide og småbørnsfamilier, både når der er tale om en organiseret frivillighed tilbudt via større etablerede foreninger som fx Mødrehjælpen eller HOME-START, og når frivilligheden er netværksskabende via mindre organiserede, lokale frivilligformer. Det er samarbejdet mellem fødested og Sundhedsplejen i kommunen, dette kapitel fokuserer på, da de er primære aktører i indsatsen for sårbare gravide og småbørnsfamilier ved overgangen fra fødested til kommune. Samarbejdet med den praktiserende læge er tidligere berørt i kapitlet om opsporing, og samarbejdet med de frivillige organisationer berøres kort i kapitlerne omkring de almene og de udvidede tilbud.

Såvel forskning som litteratur om praksis- og metodeerfaringer viser, at det tværsektorielle samarbejde mellem fødestedet og Sundhedsplejen er væsentligt for at sikre en helhedsorienteret indsats, der skaber tryghed hos forældrene, og sammenhæng og effektiv koordination mellem de forskellige tilbud og de aktører, der varetager dem (Lausten 2010:150; Bossi-Andresen 2009:8). Dette giver anledning til overvejelser om, hvordan de organisatoriske rammer i henholdsvis regioner og kommuner kan understøtte en velkoordineret praksis for opsporing af og indsats for sårbare gravide og småbørnsfamilier, så kontakten til familien ikke mistes ved overgange fra et regi til et andet, eller at familien oplever en fragmenteret indsats.

Det er anerkendt som helt centralt – og var et direkte mål for den seneste kommunalreform – at sikre, at fagpersoner, på tværs af sektorer, samarbejder tæt og i fællesskab tilrettelægger indsatsen med afsæt i borgerens behov (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2005). Hertil kommer, at de forskellige organisatoriske systemer betyder, at samarbejdet skal prioriteres, ledes og systematiseres, for at det skal lykkes (Lausten 2010: 149). Derfor er det afgørende, at der omkring tilbuddene til sårbare gravide og småbørnsfamilier er rammer og sammenhænge, som regulerer, hvordan de forskellige fagpersoner på tværs af sektorer komplementerer hinanden og understøtter en koordinering på tværs, som skaber en sammenhængende indsats. Særligt omkring sårbare familier er det vigtigt at have et velfungerende tværsektorielt samarbejde, som kan understøtte både en tryg overgang fra det ene regi til et andet samt henvisning til relevante tilbud.

I dette kapitel belyses således rammerne for det tværsektorielle samarbejde mellem fødesteder og kommuner om indsatsen overfor sårbare gravide og småbørnsfamilier.

Sundhedsaftaler mellem fødesteder og kommuner

Fødestedernes fødeplaner og sundhedsaftalerne mellem region og kommune medvirker til at sætte rammen for samarbejdet på tværs af de to sektorer. Sundhedsaftalerne er lovpligtige – det er dog ikke lovpligtigt, at aftalerne skal omfatte svangreomsorgen, men det anbefales af Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen 2013).

Gennemsnitligt modtager de 19 deltagende fødesteder fødende fra knap fem forskellige kommuner, og spredningen ligger mellem 0 og 10 kommuner at samarbejde med for hvert fødested (se fig. 3). Antallet af kommuner tilknyttet det enkelte fødested kan være en udfordring I den forstand, at fødestedet skal agere forskelligt i forhold til fødende fra forskellige kommuner afhængigt af, hvilke tilbud den enkelte kommune har – fx graviditetsbesøg, forældrekurser, udvidede tilbud etc. Der udarbejdes sundhedsaftaler mellem hver enkelt kommune og regionen, som dækker fødestederne. Der kan derfor være forskellige aftaler mellem så mange som 10 kommuner og et fødested. Samtidig er nogle kommuner tilknyttet flere fødesteder (se kapitel 5). Samarbejdet mellem fødestederne omkring de sårbare gravide er altså komplekst, og det kræver velfungerende aftaler og arbejdsgange at give den enkelte en sammenhængende indsats.

Respondenterne fra 44 % af fødestederne i undersøgelsen svarer, at deres sundhedsaftaler med en eller flere af de tilknyttede kommuner indeholder forpligtende aftaler for samarbejdet omkring sårbare gravide og småbørnsfamilier. Respondenterne på 11 % af fødestederne svarer, at sundhedsaftalerne *ikke* indeholder forpligtende aftaler for samarbejdet med kommunerne omkring sårbare gravide og småbørnsfamilier, og 44 % svarer, at de *ikke ved,* om sundhedsaftalerne indeholder aftaler.

Tabel 16: Aftaler for samarbejde i sundhedsaftalerne blandt fødestederne

Indeholder fødestedets sundhedsaftaler med kommunerne forpligtende aftaler for samarbejdet med kommunerne i forhold til sårbare gravide og småbørnsfamilier?	Antal	Procent
Ja: i forhold til en eller flere af de tilknyttede kommuner	8	44,4 %
Nej: sundhedsaftalerne indeholder ingen aftaler omkring dette	2	11,1 %
Ved ikke	8	44,4 %
I alt	*18*	*100 %*

Kilde: Spørgeskema til fødestederne

Antallet af kommuner, der er tilknyttet fødesteder, har ingen signifikant betydning for om sundhedsaftalerne indeholder sådanne forpligtende aftaler om det tværsektorielle samarbejde eller ej.

Generelt vurderer respondenterne på de fødesteder, der har forpligtende aftaler i sundhedsaftalerne, at aftalerne understøtter samarbejdet med kommunerne omkring sårbare gravide og småbørnsfamilier. På en skala fra et til fem, hvor fem svarer til "i høj grad", ligger alle vurderinger mellem tre og fem:

Tabel 17: Fødestedets vurdering af aftalerne for samarbejdet

I hvilken grad understøtter aftalerne samarbejdet med kommunerne omkring sårbare gravide og småbørnsfamilier?	Antal	Procent
1 (Slet ikke)	0	0,0 %
2	0	0,0 %
3	3	37,5 %
4	3	37,5 %
5 (I høj grad)	2	25,0 %
I alt	*8*	*100 %*
Gennemsnit: 3,8		
Spredning: 0,83		

Kilde: Spørgeskema til fødestederne

Af de 79 kommunale respondenter, der svarer på spørgsmålet omkring sundhedsaftalerne med regionen, svarer 48 %, at sundhedsaftalerne med regionen indeholder forpligtende aftaler for samarbejdet med fødestederne i forhold til sårbare gravide/familier. Andre 17 % svarer, at sundhedsaftalerne *ikke* indeholder sådanne aftaler, og 34 % svarer, at de *ikke ved* det:

Tabel 18: Aftaler for samarbejde i sundhedsaftalerne blandt kommunerne

Indeholder jeres sundhedsaftale med regionen forpligtende aftaler for samarbejdet med fødestederne omkring sårbare gravide og småbørnsfamilier?	Antal	Procent
Ja	38	48,1 %
Nej	14	17,7 %
Ved ikke	27	34,2 %
I alt	*79*	*100 %*

Kilde: Spørgeskema til kommunerne

Undersøgelsen tegner et billede af, at mere end halvdelen af kommunerne enten *ikke* har forpligtende aftaler i sundhedsaftalerne for samarbejdet omkring de sårbare gravide og småbørnsfamilier, eller ikke kender til dem.

Et lignende mønster tegner sig for, om Sundhedsplejen deltager i udarbejdelsen af sundhedsaftalerne fremadrettet efter 2014. Her fremgår det, at halvdelen af kommunerne deltager i denne udarbejdelse, mens resten ikke har hørt om det (13 %) eller ikke deltager (38 %).

Tabel 19: Sundhedsplejens involvering i sundhedsaftalerne

Deltager Sundhedsplejen i udarbejdelsen af sundhedsaftalen med regionen (anno 2014) vedr. svangreomsorgen?	Antal	Procent
Ja: Sundhedsplejen deltager	39	49,4 %
Vi har endnu ikke hørt om det	10	12,7 %
Nej: Sundhedsplejen deltager ikke	30	38,0 %
I alt	*79*	*100 %*

Kilde: Spørgeskema til kommunerne

Det er interessant, at Sundhedsplejen i de store kommuner, signifikant oftere end i de mindre kommuner, deltager i udarbejdelsen af sundhedsaftalen med regionen (77 % af de store kommuner mod 35 % af de mellemstore og 42 % af de små kommuner).[38] Ligeledes er der signifikante forskelle regionerne imellem: Mens 78-91 % af kommunerne i Region Midtjylland og Region Syddanmark deltager i udarbejdelsen af sundhedsaftalen med regionen, gælder det kun 21-32 % af kommunerne fra de øvrige regioner.[39]

Der tegner sig et billede af, at sundhedsaftalerne i nogle tilfælde er et overordnet koordinationsredskab, som vurderes at have potentiale for at understøtte samarbejdet mellem kommuner og fødesteder omkring indsatser for sårbare gravide og småbørnsfamilier. Men det er et redskab, som endnu ikke har realiseret sit fulde potentiale, idet ikke alle sundhedsaftaler indeholder forpligtende aftaler på dette område.

At der både på mange fødesteder og i mange kommuner er stor usikkerhed om, hvorvidt der eksisterer sundhedsaftaler eller ej, gør desuden effekten af de aftaler, der eventuelt måtte eksistere i

[38] Chi^2= 0,018.

[39] Chi^2= 0,000.

de pågældende kommuner/fødesteder, irrelevante i praksis, da de fagprofessionelle ikke forholder sig til aftalernes indhold i deres arbejde.

Fødeplaner

Ud over sundhedsaftalerne, som er aftaler mellem regioner og kommuner, udarbejder regionerne fødeplaner, som beskriver den særlige tilrettelæggelse af svangreomsorgen for gravide, fødende og barslende internt i regionen. Fødeplanen kan således betragtes som regionens planer og visioner på svangreområdet.

Samtlige 19 respondenter på fødestederne angiver, at der findes en regional fødeplan på deres fødested.

Lidt over halvdelen af fødestederne i undersøgelsen (53 % eller 10 fødesteder) svarer, at fødeplanen er opdateret efter d. 1. januar 2013. Det indikerer, at fødeplanerne løbende justeres og aktivt anvendes som ramme for det arbejde, der udføres.

Halvdelen af respondenterne på fødestederne (9) angiver, at fødeplanen indeholder konkrete retningslinjer for samarbejdet med en eller flere kommuner i forhold til tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier.

Ligesom med sundhedsaftalerne vurderer fødestederne generelt, at fødeplanerne er et godt redskab til at understøtte samarbejdet med kommunerne omkring sårbare gravide og småbørnsfamilier. På en skala fra et til fem, hvor fem svarer til "i høj grad", svarer halvdelen fem, og resten fordeler sig på tre og fire, med et gennemsnit på 4,3:

Tabel 20: Fødeplanernes understøttelse af tværsektorielt samarbejde

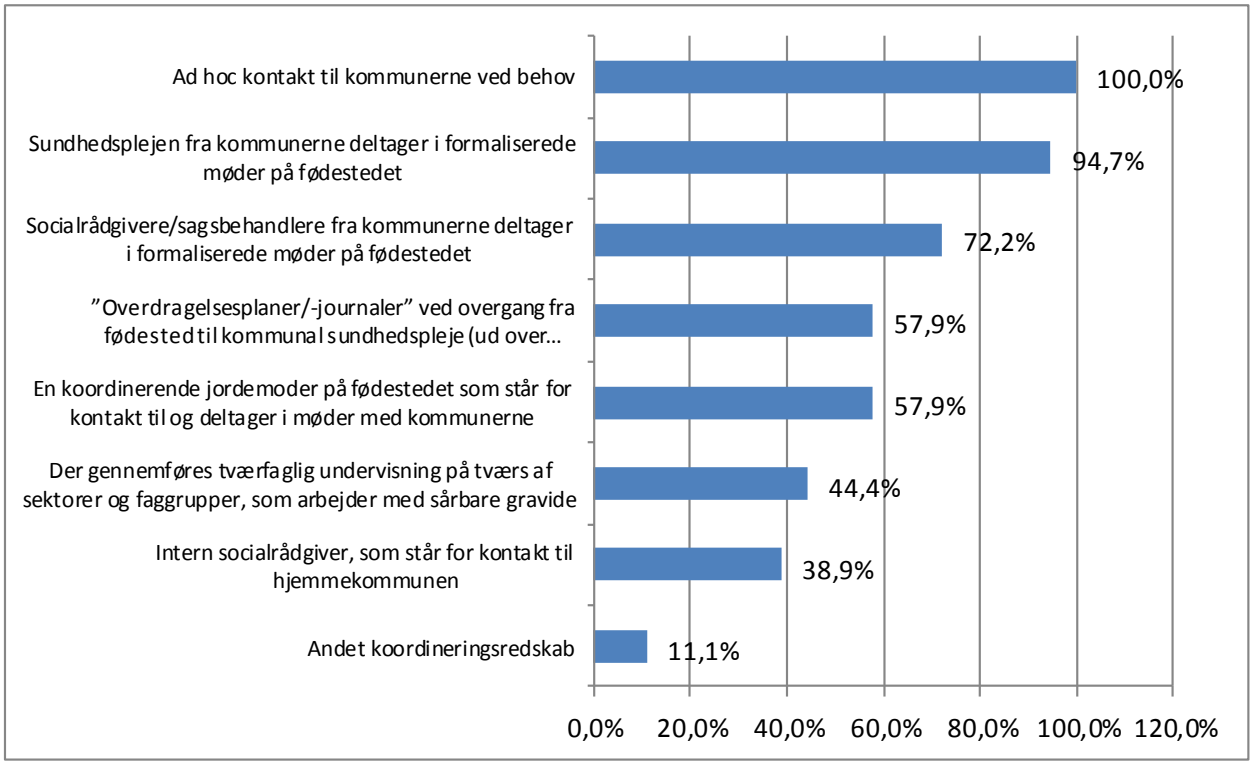
I hvilken grad understøtter fødeplanens retningslinjer samarbejdet med kommuner-ne omkring sårbare gravide og småbørnsfamilier?	Antal	Procent
1 (Slet ikke)	0	0,0 %
2	0	0,0 %
3	1	12,5 %
4	3	37,5 %
5 (I høj grad)	4	50,0 %
I alt	*8*	*100 %*
Gennemsnit: 4,3		
Spredning: 0,74		

Kilde: Spørgeskema til fødestederne

Øvrige koordineringsredskaber

Ud over sundhedsaftaler og fødeplaner eksisterer der forskellige andre værktøjer og redskaber til at koordinere det tværsektorielle samarbejde om de sårbare gravide og småbørnsfamilier. Alle fødesteder i undersøgelsen bruger ad-hoc kontakt til kommunerne ved behov, mens ingen fødesteder alene anvender denne samarbejdsform. Derudover er det udbredt, at Sundhedsplejen eller sagsbehandlere fra kommunerne deltager i formaliserede møder på fødestedet. 58 % af fødestederne svarer, at de har en koordinerende jordemoder på fødestedet, som står for kontakt til kommunerne og som deltager i møder med dem. 58 % af fødestederne svarer også, at de ud over fødselsanmeldelsen arbejder med særlige overdragelsesplaner/-journaler ved overgangen fra fødested til kommune:

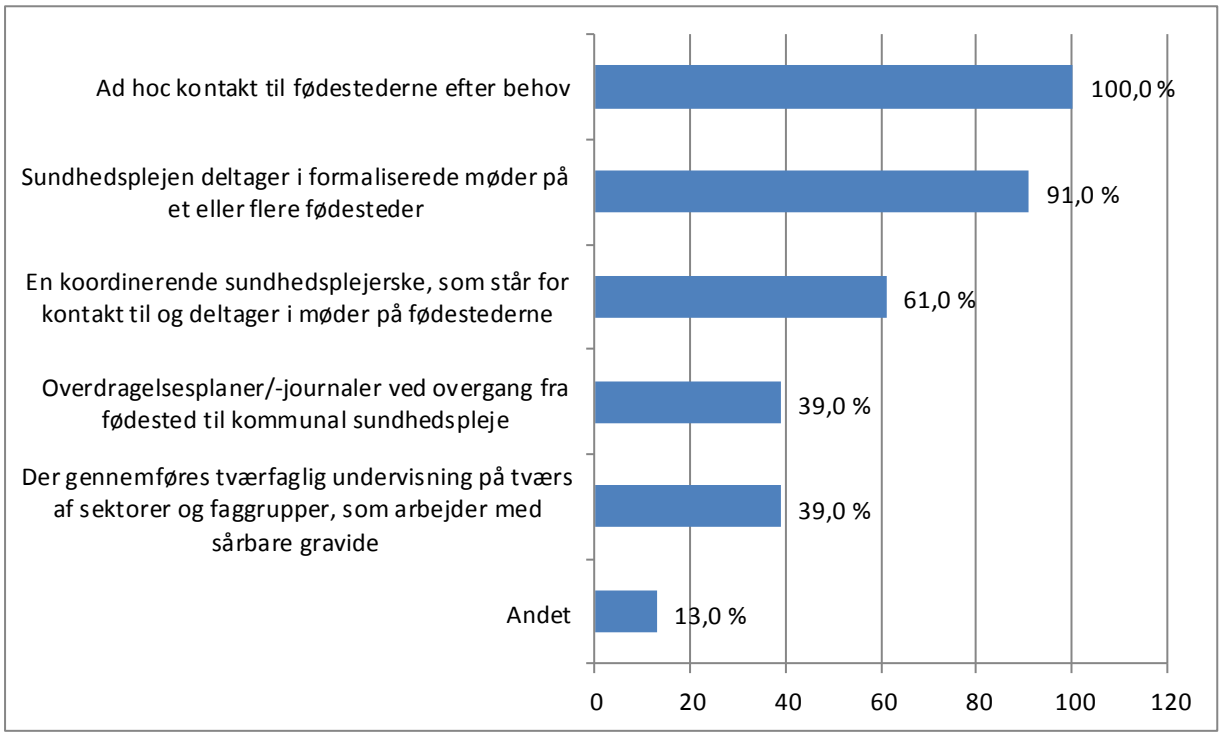
Figur 11: Fødestedernes koordineringsredskaber



Kilde: Spørgeskema til fødestederne. N = 19.

Også samtlige kommunale respondenter angiver, at de anvender ad hoc kontakt til fødestederne ved behov. Derudover er det udbredt, at Sundhedsplejen deltager i formaliserede møder på fødestederne (91 %). 61 % af kommunerne har desuden en koordinerende sundhedsplejerske, som står for kontakt til og deltager i møder med fødestederne. Øvrige koordineringsredskaber anvendes ikke i samme grad. Overdragelsesplaner anvendes i 39 % af kommunerne og tværfaglig undervisning i 39 % af kommunerne. Kun to respondenter fra kommunerne angiver alene at anvende ad hoc kontakt til koordinering:

Figur 12: Kommunernes koordineringsredskaber



Kilde: Spørgeskema til kommunerne. N = 79.

Sammenlagt anvender hvert fødested mellem to og otte koordineringsredskaber med et gennemsnit på 4,7. I kommunerne anvendes op til seks forskellige koordineringsredskaber samme sted, men gennemsnittet ligger på 3,3 for hver kommune.

Respondenternes (fra både fødesteder og kommuner) vurdering af, i hvilken grad de forskellige koordineringsredskaber understøtter samarbejdet med henholdsvis fødested og kommuner omkring de sårbare gravide og småbørnsfamilier, fordeler sig som vist i Tabel 44 og 45. Både respondenterne fra fødesteder og kommuner vurderer generelt – med et gennemsnit på over fire for fødestederne og over tre for kommunerne – at de eksisterende koordineringsredskaber understøtter det tværsektorielle samarbejde godt.

Tabel 21: Fødestedernes vurdering af koordineringsredskaberne

I hvilken grad understøtter dette samarbejdet med kommunerne omkring sårbare gravide og småbørnsfamilier?	(slet ikke) 1		2		3		4		(høj grad) 5			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	I alt	Gn. snit
Ad hoc kontakt til kommunerne ved behov	0	0,0 %	0	0,0 %	**8**	**42,1 %**	3	15,8 %	**8**	**42,1 %**	19	**4,0**
"Overdragelsesplaner/-journaler" ved overgang fra fødested til kommunal sundhedspleje (ud over fødselsanmeldelsen)	0	0,0 %	0	0,0 %	1	9,1 %	3	27,3 %	**7**	**63,6 %**	11	**4,6**
Sundhedsplejen fra kommunerne deltager i formaliserede møder på fødestedet	0	0,0 %	1	5,6 %	3	16,7 %	2	11,1 %	**12**	**66,7 %**	18	**4,4**
Socialrådgivere/sagsbehandlere fra kommunerne deltager i formaliserede møder på fødestedet	1	7,7 %	0	0,0 %	2	15,4 %	4	30,8 %	**6**	**46,2 %**	13	**4,1**
En koordinerende jordemoder på fødestedet, som står for kontakt til og deltager i møder med kommunerne	0	0,0 %	0	0,0 %	2	18,2 %	2	18,2 %	**7**	**63,6 %**	11	**4,5**
Der gennemføres tværfaglig undervisning på tværs af sektorer og faggrupper, som arbejder med sårbare gravide	0	0,0 %	1	12,5 %	1	12,5 %	2	25,0 %	**4**	**50,0 %**	8	**4,1**
Intern socialrådgiver, som står for kontakt til hjemmekommunen	0	0,0 %	0	0,0 %	2	28,6 %	1	14,3 %	**4**	**57,1 %**	7	**4,3**
Andet koordineringsredskab	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	**2**	**100,0 %**	2	**5,0**

Kilde: Spørgeskema til fødestederne. De blå tal i fed fremhæver det største tal for hver række samt gennemsnittet i højre kolonne.

Tabel 22: Kommunernes vurdering af koordineringsredskaberne

I hvilken grad understøtter dette samarbejdet med fødestederne omkring særligt sårbare gravide/familier?	(slet ikke) 1		2		3		4		(høj grad) 5			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	I alt	Gn. snit
Ad hoc kontakt til fødestederne ved behov	1	1,3 %	8	10,3 %	25	32,1 %	**30**	**38,5 %**	14	17,9 %	78	**3,6**
"Overdragelsesplaner/-journaler" ved overgang fra fødested til kommunal sundhedspleje	0	0,0 %	1	3,4 %	**13**	**44,8 %**	10	34,5 %	5	17,2 %	29	**3,7**
Sundhedsplejen deltager i formaliserede møder på et eller flere fødesteder	0	0,0 %	9	12,9 %	**28**	**40,0 %**	19	27,1 %	14	20,0 %	70	**3,5**
En koordinerende sundhedsplejerske, som står for kontakt til og deltager i møder på fødestederne	1	2,0 %	4	8,0 %	**21**	**42,0 %**	16	32,0 %	8	16,0 %	50	**3,5**
Der gennemføres tværfaglig undervisning på tværs af sektorer og faggrupper, som arbejder med sårbare gravide	1	3,3 %	2	6,7 %	**12**	**40,0 %**	11	36,7 %	4	13,3 %	30	**3,5**
Andet	0	0,0 %	1	11,1 %	**4**	**44,4 %**	2	22,2 %	2	22,2 %	9	**3,6**

Kilde: Spørgeskema til kommunerne. De blå tal i fed fremhæver det største tal for hver række samt gennemsnittet i højre kolonne.

Undersøgelsen viser ingen sammenhæng mellem et udbredt tværsektorielt samarbejde omkring de almene tilbud og et udbredt tværsektorielt samarbejde om de udvidede tilbud til sårbare gravide og familier. Fx har samarbejdet mellem region og kommune omkring de udvidede tilbud ikke indflydelse på, om Sundhedsplejen deltager i udarbejdelsen af sundhedsaftalen med regionen.

Undersøgelsen viser, at både fødestedernes og kommunernes respondenter vurderer, at formaliserede strukturer og aftaler for samarbejdet på tværs af sektorer understøtter indsatsen til de sårbare gravide og småbørnsfamilier. Der er både på fødestederne og i kommunerne gode erfaringer med at have forpligtende aftaler omkring det tværsektorielle samarbejde i sundhedsaftalerne. Og på fødestederne er der gode erfaringer med at have retningslinjer for samarbejdet med kommunerne i fødeplanerne.

Fødestedernes respondenter lægger i deres uddybende kommentarer især vægt på fem elementer, der er vigtige for at sikre en velkoordineret og helhedsorienteret indsats på tværs af sektorer i samarbejdet omkring indsatsen for sårbare gravide: 1. Gensidig tillid til og viden om samarbejds-

partnernes kompetencer; 2. Fælles mål på tværs af sektorer; 3. God kommunikation; 4. Videndeling på tværs af fag og sektorer; samt 5. Formaliserede samarbejdsfora. Ét af fødestederne opsummerer i en kommentar: *"Det er lettere at koordinere samarbejdet og kræfterne, når samarbejdet er en hel flade og ikke bare snitflader – når samarbejdet ikke skal opsøges, men eksisterer i sig selv."*

De uddybende svar fra de kommunale respondenter ligger i høj grad op ad fødestedernes svar, og her fremhæves fire elementer, der er væsentlige for at sikre en velkoordineret og helhedsorienteret indsats på tværs af sektorer i samarbejdet omkring indsatsen for sårbare gravide og småbørnsfamilier: 1. God kommunikation; 2. Møder med fagprofessionelle fra fødesteder (fx netværksmøder og koordineringsmøder); 3. Gensidig viden om samarbejdspartnernes arbejdsområder og kompetencer; samt 4: Fælles mål på tværs af sektorer. Flere kommunale respondenter fremhæver, at den personlige kontakt med den enkelte jordemoder er afgørende, og om dette siger én af respondenterne, at *"…vi oplever det [samarbejdet] er meget personbestemt, [alt efter] hvilken jordemoder vi samarbejder med."* En anden respondent fremhæver, at det er væsentligt, at *"…vi [jordemødre og sundhedsplejersker] tænker, at vores fagligheder supplerer hinanden rigtig godt i tilbuddet til familierne snarere end, at vi er i konkurrence med hinanden."*

I de uddybende kommentarer svarer flere respondenter fra både fødesteder og kommuner, at samarbejdet med sundhedsplejerskerne i kommunerne generelt er velfungerende. Mange respondenter både fra fødesteder og kommuner har gode erfaringer med det tværsektorielle samarbejde mellem de kommunale sundhedsordninger og fødestederne omkring sårbare gravide.

På workshoppen for fagprofessionelle, der arbejder med målgruppen, var der et bredt ønske om større krav, fra centralt hold, til et mere formaliseret tværsektorielt samarbejde. På workshoppen blev det desuden fremhævet, at det tværfaglige samarbejde internt i kommunerne har betydning for det tværsektorielle samarbejde, da uformelle arbejdsgange og interne rutiner kan smitte af på og enten styrke eller svække samarbejdsrelationerne.

Opsamling på rammerne for det tværsektorielle samarbejde

Undersøgelsen viser, at der i flere kommuner og regioner er et potentiale for bedre anvendelse af sundhedsaftaler og fødeplaner som ramme for samarbejdet. I de tilfælde, hvor aftaler og retningslinjer omkring udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier forefindes i sundhedsaftaler og fødeplaner, vurderes det, at de netop understøtter samarbejdet på tværs af sektorer. Men denne mulighed udnyttes langt fra i alle tilfælde og det tydeliggør, at der er et potentiale for at gøre både fødeplaner og sundhedsaftaler mere vedkommende for det tværsektorielle samarbejde omkring sårbare gravide og småbørnsfamilier.

Ud over fødeplanen og sundhedsaftalerne er der desuden gode erfaringer med at anvende andre koordineringsredskaber i det tværsektorielle samarbejde. Mest udbredt er det, at fagprofessionel-

le fra henholdsvis fødesteder og kommuner deltager i fælles møder, men der er også gode erfaringer med andre samarbejds- og koordineringsformer som fx tværsektoriel undervisning af personale. Overordnet kan det siges, at når der anvendes specifikke tværsektorielle koordinerings- og samarbejdsformer vurderer respondenterne, at det har en positiv virkning. Her er der altså ligeledes et potentiale i forhold til udbredelse af formaliserede tværsektorielle samarbejdsformer.

Både på workshoppen d. 20 august og i de uddybende kommentarer i spørgeskemaet efterspørger de fagprofessionelle et bedre tværsektorielt samarbejde omkring de sårbare gravide og småbørnsfamilier.

Sammenfattende peger det på, at det tværsektorielle samarbejde kan styrkes yderligere med det formål at understøtte de udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier. Dette kan ske ved et øget fokus på potentialet i både de lovpligtige sundhedsaftaler, fødeplanerne og i de øvrige koordineringsredskaber, som i varierende grad anvendes på fødesteder og i kommuner.

14. Rammer for det tværfaglige samarbejde

Hvor det foregående kapitel havde fokus på de sektorsnitflader, der er omkring sårbare gravide, er fokus i dette kapitel rettet mod, hvordan der i kommunalt regi arbejdes tværfagligt omkring målgruppen af sårbare gravide og småbørnsfamilier.

Den samlede kommunale indsats omkring en sårbar familie vil kunne bestå af flere forskellige tilbud fra forskellige kommunale enheder, og varetages af forskellige fagprofessionelle med hver deres specielle kompetenceområde. Der kan fx være både sundhedsplejerske, psykolog, socialrådgiver, en pædagog i daginstitutionen, farens eller morens jobkonsulent med videre involveret i støtten til den sårbare familier. Skal den udvidede indsats, som en sårbar gravid eller småbarnsfamilie tilbydes, lykkes, er det vigtigt, at det kommunale samarbejde på tværs af enheder og fagligheder fungerer godt. Vi har derfor i spørgeskemaet særskilt spurgt de kommunale respondenter til det tværfaglige samarbejde internt i kommunen, herunder organisering, koordinerings- og samarbejdsformer med videre. Kapitlet tager derfor udelukkende udgangspunkt i besvarelser fra de kommunale respondenter.

Tværfagligheden angår koordinering og gensidig sparring mellem eksempelvis familiebehandlere, psykologer, socialrådgivere og sundhedsplejersker i barnets tidlige udvikling eller mellem aktører som fx dagtilbud og socialrådgiver, når barnet begynder i institution og i overgangsfaserne. En god organisatorisk ramme for en tværfaglig dialog og koordinering giver ikke alene en bedre oplevelse af kontakten med kommunen for familierne, men skærper også de enkelte professionelles faglighed og skaber, ifølge en erfaringsrapport for Sundhedsstyrelsen fra 2009, mulighed for en oplevelse af en "ringe-i-vandet" effekt (Sundhedsstyrelsen 2009:11).

Når det gælder gruppen af sårbare gravide, som har et støttebehov, der ligger i gråzonen mellem det almindelige kommunale sundhedstilbud og kommunens sociale foranstaltninger, vil der i særlig grad være brug for en tværfaglig indsats og et velfungerende samarbejde mellem aktørerne, da familiens situation kræver en højere grad af koordinering og videndeling på tværs af fagligheder og ofte forvaltninger.

Frem til barnet starter i skole, vil barnet være præget af en omskiftelig institutionel kontekst (fra barsel hjemme til vuggestue, børnehave og børnehaveklasse), og her er det afgørende, at der i overgangene ikke tabes vigtig viden mellem fagpersonerne, fordi barnet "skifter hænder". I den fokuserede indsats under graviditet og barnets første leveår er det derfor særligt vigtigt, at de forskellige fagpersoner med direkte kontakt til familien har mulighed for gensidig tværfaglig koordinering og samarbejde.

Der er flere forskellige bud på, hvordan man kan skabe en meningsfuld ramme for en tværfaglig dialog og koordinering i fagpersonernes meget forskellige – og typisk også omskiftelige – hverdag. I de følgende afsnit beskrives, hvordan rammerne for det tværfaglige samarbejde ser ud i kommunerne, når det gælder indsatsen målrettet sårbare gravide og småbørnsfamilier.

I Sundhedsstyrelsens publikation "Udvikling og nye samarbejdsrelationer" fremhæves det, at den største udfordring i forhold til det tværfaglige samarbejde i kommunerne er at skabe en platform, der gør det muligt for den enkelte fagperson at spille sin egen faglighed ind i det tværfaglige samarbejde. Derfor er det vigtigt helt konkret at skabe strukturer, der gør det muligt at arbejde tværfagligt, og som signalerer, at tværfaglighed prioriteres i organisationen (Sundhedsstyrelsen 2008).

Sundhedsplejens organisatoriske placering

Kommunernes tilbud og indsatser til gruppen af sårbare gravide og småbørnsfamilier er organiseret og struktureret forskelligt, og det er også varierende, hvilke platforme der er for et tværfagligt samarbejde. Eksempelvis er Sundhedsplejen forankret i forskellige forvaltninger og centre fra kommune til kommune, og der eksisterer mange typer af tværfaglige samarbejder omkring målgruppen sårbare gravide og småbørnsfamilier, hvor en bred gruppe af faggrupper kommer i spil. Sundhedsstyrelsen pointerer, at karakteren af det tværfaglige samarbejde på tværs af forvaltninger, afdelinger, faggrupper osv. i kommunen har stor betydning for kvaliteten af de helhedsorienterede tilbud til sårbare familier (Sundhedsstyrelsen 2008), og således også på tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier.

Nedenfor fremgår, hvordan Sundhedsplejens organisatoriske placering varierer fra kommune til kommune. Fx er der forskel på, hvorvidt Sundhedsplejen er organisatorisk placeret sammen med børne-/familiesagsbehandlerne og/eller sammen med skoler og dagtilbud. Som et eksempel viser det sig, at lidt over halvdelen af kommunerne har Sundhedsplejen organisatorisk placeret sammen med børnefamiliesagsbehandlerne, og for en tredjedel er Sundhedsplejen organisatorisk placeret i et regi, hvor børne-/familiesagsbehandlerne *ikke* er repræsenteret. I 16 % af kommunerne har Sundhedsplejen en anden organisatorisk placering end de fire svarmuligheder, som var mulige i spørgeskemaet. Det handler om, at de organisatorisk hører sammen med fx Tandplejen, Center for Sundhed og Kultur eller Familie- og Beskæftigelsesforvaltningen. Der er således variation i, hvilke kommunale samarbejdspartnere Sundhedsplejen rent organisatorisk er tættest på.

Tabel 23: Sundhedsplejens organisatoriske placering i kommunerne

Hvilket område er Sundhedsplejen placeret i organisatorisk pr. 1.1.2014?

	Antal kommuner	Procent
Børn og ungeområdet sammen med dagtilbud og skoler og børn samt børne/familiesagsbehandlerne	35	43,8 %
Sundhedsområdet – væk fra det øvrige børneområde og socialområdet	18	22,5 %
Anden organisatorisk placering	13	16,3 %
Børn og ungeområdet sammen med dagtilbud og skoler, men uden børne/familiesagsbehandlerne	8	10,0 %
Social- og sundhedsområdet sammen med børne/familiesagsbehandlerne	6	7,5 %
I alt	*80*	*100 %*

Kilde: Spørgeskema til kommunerne

Hverken kommunernes indbyggertal eller regionstilknytning har signifikant betydning for ovenstående organisering af Sundhedsplejen.

Til gengæld har det område, Sundhedsplejen organisatorisk er placeret i, signifikant betydning for forekomsten af familiehuse. Mens 17 % af tilbuddene, hvor Sundhedsplejen er placeret på børn og ungeområdet sammen med dagtilbud og skoler, men *uden* børne/familiesagsbehandlerne, tilbyder familiehuse, gælder det 63 % af de tilbud, der *ikke* er placeret på det område[40]. Omvendt har 85 % af de tilbud, hvor Sundhedsplejen er placeret på børn og ungeområdet sammen med dagtilbud og skoler *samt* børne/familiesagsbehandlere, familiehuse, mens det kun gælder 46 % af de tilbud, der er placeret andre steder[41].

Den organisatoriske placering af Sundhedsplejen har desuden signifikant indflydelse på den tværfaglige sammensætning af medarbejdere i familiehusene (dog ikke i de øvrige udvidede tilbud). Her har de familiehuse, hvor Sundhedsplejen er placeret på børn og ungeområdet sammen med dagtilbud og skoler *samt* børne/familiesagsbehandlerne, oftere ansat jordemødre (39 % mod 6 %), socialrådgivere og (62 % mod 25 %), psykologer (62 % mod 28 %) og pædagoger (69 % mod 27 %)[42] end familiehuse organiseret på anden vis.

[40] Chi^2= 0,001.

[41] Chi^2= 0,011.

[42] Chi^2= 0,001.

Disse sammenhænge viser, at en tværfaglig organisatorisk placering også øger sandsynligheden for tværfaglige tilbud og tværfaglige medarbejdergrupper, der måske ville kunne møde borgerne med en mere helhedsorienteret indsats.

Ved en tæt organisatorisk sammenhæng mellem Sundhedsplejen og de dele af den kommunale organisation, der beskæftiger sig med forebyggende socialt arbejde målrettet sårbare børnefamilier, bliver det tværfaglige samarbejde mere tilgængeligt for de personer, der skal arbejde sammen om de sårbare familier. Strategier med udspring i "Sammenhængende børnepolitik" (Socialstyrelsen, 2007), som udmøntes i kommunerne, er også med til yderligere at styrke samarbejde og sammenhæng i indsatsen målrettet sårbare gravide og småbørnsfamilier. Organisatorisk forankring vil altid indebære en række valg og fravalg, og der vil - uanset hvilken organisationsstruktur en kommune vælger - være snitflader til tilgrænsende fagområder, og dermed behov for samarbejdsfora som tager højde for disse.

Tværfaglige samarbejdsformer

Tabel 22 viser, at lidt over halvdelen af kommunerne har en formaliseret struktur for det tværfaglige samarbejde omkring sårbare gravide og småbørnsfamilier. 54 % angiver, at de har et formaliseret tværfagligt samarbejde omkring den enkelte sårbare gravide/småbørnsfamilie eller arbejder tværfagligt ved en kombination af ad hoc samarbejde og formaliseret samarbejde. Lidt mindre end halvdelen svarer, at de arbejder tværfagligt ad hoc fra sag til sag:

Tabel 24: Det tværfaglige samarbejde i kommunen omkring sårbare gravide og småbørnsfamilier

Hvordan arbejdes der tværfagligt i kommunen omkring den enkelte sårbare gravide/familie?	Antal	Procent
Vi samarbejder tværfagligt omkring sårbare gravide/småbørn ad hoc fra sag til sag	36	46,2 %
Vi arbejder med en kombination af ad hoc samarbejde og formaliseret samarbejde	35	44,9 %
Vi har et formaliseret tværfagligt samarbejde med fx beskrevne målgrupper og arbejdsgange	7	9,0 %
I alt	*78*	*100 %*

Kilde: Spørgeskema til kommuner

Der er ingen signifikant sammenhæng mellem den organisatoriske placering som nævnt tidligere og graden af formalisering af det tværfaglige samarbejde.

Respondenterne vurderer generelt, at de tværfaglige samarbejdsformer, som er helt eller delvist formaliseret, i højere grad understøtter samarbejdet omkring de sårbare gravide og småbørnsfa-

milier, end når samarbejdet foregår ad hoc. Af gennemsnittet til højre i tabellen nedenfor fremgår, at gennemsnittet for de helt eller delvist formaliserede samarbejdsformer ligger på 4 (hvor 5 betyder, at samarbejdsformen i høj grad understøtter det tværfaglige samarbejde), mens ad hoc samarbejde gennemsnitligt vurderes til 3,03:

Tabel 25: Vurdering af det tværfaglige samarbejde omkring sårbare gravide og småbørnsfamilier

I hvilken grad understøtter dette det tværfaglige samarbejde omkring særligt sårbare gravide/familier?	(slet ikke) 1		2		3		4		(i høj grad) 5			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	I alt	Gn. snit
Vi samarbejder tværfagligt omkring sårbare gravide/småbørn ad hoc fra sag til sag	0	0,0 %	10	27,8 %	**17**	**47,2 %**	7	19,4 %	2	5,6 %	36	**3,0**
Vi har et formaliseret tværfagligt samarbejde med fx beskrevne målgrupper og arbejdsgange	0	0,0 %	0	0,0 %	2	28,6 %	**3**	**42,9 %**	2	28,6 %	7	**4,0**
Vi arbejder med en kombination af ad hoc samarbejde og formaliseret samarbejde	0	0,0 %	0	0,0 %	9	25,7 %	**17**	**48,6 %**	9	25,7 %	35	**4,0**

Kilde: Spørgeskema til kommunerne. De blå tal i fed fremhæver det største tal for hver række samt gennemsnittet i højre kolonne.

I undersøgelsen er der spurgt specifikt til udvalgte samarbejdsformer, hvor Sundhedsplejen samarbejder med andre aktører i kommunen. Af besvarelserne fremgår det, at Sundhedsplejen i størstedelen af kommunerne arbejder formaliseret sammen med børne- og familieområdet. I 72 % af kommunerne har Sundhedsplejen et formaliseret samarbejde med dagtilbud og skole i forhold til børnesundhed, og i 79 % af kommunerne inddrages sundhedsplejersken ved udarbejdelse af § 50 undersøgelser for spæd- og småbørn. Det fremgår også, at der i over halvdelen af kommunerne gennemføres tværfaglige kurser på tværs af afdelinger og teams. På den anden side viser tabellen, at i 22 % af kommunerne inddrages Sundhedsplejen således *ikke* ved udarbejdelse af § 50 undersøgelser.

I fire kommuner samarbejder Sundhedsplejen med beskæftigelsesområdet ved, at sundhedsplejersker kan fungere som mentorer i Jobcentret. Det er forskelligt på tværs af kommunerne, hvordan Sundhedsplejen inddrages i det arbejde, der er forankret uden for Sundhedsplejens regi.

Tabel 26: Sundhedsplejens samarbejdsformer

Anvender I nogle af følgende samarbejdsformer i Sundhedsplejen?	Antal	Procent
Sundhedsplejen inddrages ved udarbejdelse af § 50 undersøgelser for spæd- og småbørn	62	78,5 %
Sundhedsplejen har et tæt systematisk samarbejde med dagtilbud og skole med henblik på at styrke den almene børnesundhed i kommunen	57	72,2 %
Der gennemføres tværfaglige kurser for medarbejderne på tværs i kommunen	46	58,2 %
Sundhedsplejersker kan fungere som mentorer i jobcentret	4	5,1 %

Kilde: Spørgeskema til kommunerne. Det har været muligt at sætte flere kryds-ser.

Der er ingen signifikante sammenhænge mellem anvendelsen af de ovennævnte samarbejdsformer og Sundhedsplejens organisatoriske placering eller anvendelsen af formaliserede eller ikke formaliserede samarbejdsformer.

Nedenfor vises Sundhedsplejens vurdering af de forskellige samarbejdsformer på en skala fra et til fem, hvor et svarer til "understøtter slet ikke samarbejdet", og fem svarer til "understøtter i høj grad samarbejdet". Samarbejdsformerne scorer i gennemsnit over 3,5 med en spredning på under en, med undtagelse af de fem steder, hvor sundhedsplejersken kan fungerer som mentor i Jobcentret. Denne samarbejdsform får en lidt lavere gennemsnitlig vurdering med en spredning på lidt over en. Overordnet kan det konstateres, at de samarbejdsformer, som nævnes her, generelt vurderes som gode til at understøtte det tværfaglige samarbejde omkring de sårbare gravide og småbørnsfamilier.

Tabel 27: Vurdering af Sundhedsplejens samarbejdsformer

I hvilken grad understøtter samarbejdsformerne det tværfaglige samarbejde omkring særligt sårbare gravide/familier?	(slet ikke) 1		2		3		4		(høj grad) 5			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	I alt	**Gn. snit**
Sundhedsplejen har et tæt systematisk samarbejde med dagtilbud og skole med henblik på at styrke den almene børnesundhed i kommunen	1	1,8 %	4	7,1 %	**25**	**44,6 %**	16	28,6 %	10	17,9 %	56	**3,5**
Sundhedsplejen inddrages ved udarbejdelse af § 50 undersøgelser for spæd- og småbørn	2	3,3 %	3	4,9 %	**22**	**36,1 %**	**22**	**36,1 %**	12	19,7 %	61	**3,6**
Sundhedsplejersker kan fungere som mentorer i jobcentret	0	0,0 %	1	20,0 %	**3**	**60,0 %**	0	0,0 %	1	20,0 %	5	**3,2**
Der gennemføres tværfaglige kurser for medarbejderne på tværs i kommunen	0	0,0 %	3	6,8 %	12	27,3 %	**24**	**54,5 %**	5	11,4 %	44	**3,7**

Kilde: Spørgeskema til kommunerne.
De blå tal i fed fremhæver det største tal for hver række samt gennemsnittet i højre kolonne.

Tværfaglige fora

Langt over halvdelen af kommunerne (69 %/55) svarer, at der eksisterer et eller flere tværfaglige fora i kommunen, hvor samarbejdet omkring sårbare gravide og småbørnsfamilier udspiller sig. En bred vifte af faggrupper er repræsenteret i disse fora, og særligt ofte deltager ansatte på børne-/familieområdet, fra PPR samt fra dagsinstitutions-/skoleområdet. Dette tyder på, at der i nogle kommuner på trods af en organisatorisk adskillelse etableres tværfagligt samarbejde omkring sårbare gravide og småbørnsfamilier.

Det er sjældent, at repræsentanter fra relevante andre sektorer deltager i disse fora, og i kun 26 % af tilfældene deltager jordemødre fra fødesteder, mens de praktiserende læger er repræsenteret i 13 % af tilfældene:

Tabel 28: Områder repræsenteret i kommunale tværfaglige fora

Hvilke områder er repræsenteret i dette/disse fora?	Antal	Procent
Børne/familieområdet – myndighed	45	81,8 %
Pædagogisk Psykologisk Rådgivning	36	65,5 %
Daginstitutions- og skoleområdet	34	61,8 %
Socialområdet (fx handicap: psykiatri og udsatte) - myndighed	18	32,7 %
Jordemødre fra fødestederne	14	25,5 %
Andre…	14	25,5 %
Praktiserende læger	7	12,7 %
Job og beskæftigelsesområdet – myndighed	6	10,9 %
Kultur- og fritid	4	7,3 %

Kilde: Spørgeskema til kommuner. Flere krydser muligt. N = 55.

Vurderingen af de tværfaglige fora som samarbejdsarena er god. Langt de fleste respondenter i kommunerne (69 %) svarer, at disse fora i nogen grad eller i høj grad understøtter det tværfaglige samarbejde omkring sårbare gravide og småbørnsfamilier. Når disse fora findes, har de således en oplevet positiv effekt på det tværfaglige samarbejde omkring målgruppen:

Tabel 29: Vurderingen af de tværfaglige fora

I hvilken grad understøtter de/det tværfaglige fora et godt samarbejde omkring sårbare gravide/familier?	Antal	Procent
(Slet ikke) 1	1	1,8 %
2	2	3,6 %
3	14	25,5 %
4	23	41,8 %
(I høj grad) 5	15	27,3 %
I alt	*55*	*100 %*

Kilde: Spørgeskema til kommuner

I en fokusgruppeundersøgelse fra Forskningsenheden for Almen Praksis i 2011 om praktiserende lægers arbejde med sårbare patienter med fokus på social ulighed i lægearbejdet fremhæves det, at lægerne opfatter dette arbejde som tidskrævende, og at kommunikationen med sårbare patienter af mange forskellige grunde kan være vanskelig (fx barrierer sprogligt eller socialt). Samtidig er det efter lægernes opfattelse vanskeligt at samarbejde med de andre aktører i social- og sundhedsvæsenet på grund af uklare arbejdsgange og beskrivelser af, hvordan og hvornår man bør samarbejde (Lindberg, Thorsen og Reventlow 2011). Disse udtalelser bekræfter blot vigtigheden i et formaliseret tværfagligt – og tværsektorielt – samarbejde, hvor opfattelsen af rammer, roller og definitioner er ens.

Når der eksisterer et formaliseret tværfagligt samarbejde i kommunen, fungerer det i mange tilfælde som en understøttende faktor. Mange kommuner understreger dette i deres uddybende besvarelser af spørgeskemaet, og fx skriver en respondent fra en kommune, at *"(d)er er stort fokus på kommunens tværfaglige samarbejde og på tidlig (og rettidig) indsats overfor sårbare familier med børn. Det fungerer rigtig godt.*" Flere andre kommunale respondenter pointerer – måske i forlængelse af den positive oplevelse af det tværfaglige samarbejde – at det tværfaglige samarbejde bør formaliseres og styrkes for at sikre gode tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier. Det er dog ikke altid ligetil, og to respondenter skriver fx: *"Det [tværfaglige samarbejde] er slet ikke formaliseret nok: Man forventer blot, at der samarbejdes: Men der er forskellige forhindringer som forskellig lovgivning: Idyllisering af egen faggruppe, følelsen af ikke at blive hørt. Der, hvor man arbejder tæt sammen, giver det større tilfredsstillelse både for familierne og for de ansatte"* og *"Det er vanskeligt, da der ustandseligt ændres organisation. Vi er i gang med den 4. organisering siden 2003."*

Opsamling på rammerne for det tværfaglige samarbejde

I forhold til rammerne for det tværfaglige samarbejde internt i kommunerne viser det sig, at det varierer fra kommune til kommune, i hvilket regi Sundhedsplejen organisatorisk er placeret, og at det kan have betydning for karakteren af den tværfaglige indsats, fx hvorvidt der er et tværfagligt familiehus i tilknytning til de udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier.

Det er desuden forskelligt, i hvilken grad der er et formaliseret samarbejde omkring de sårbare gravide og småbørnsfamilier. Lidt under halvdelen af kommunerne samarbejder ad hoc fra sag til sag, hvorimod resten har en eller anden grad af formaliseret samarbejde. Der er umiddelbart gode erfaringer at hente i de formaliserede samarbejder, da den gennemsnitlige vurdering, af i hvilken grad samarbejdsformen understøtter samarbejdet omkring de sårbare gravide og småbørnsfamilier, er betydelig højere.

Der arbejdes generelt tværfagligt i kommunerne i den forstand, at Sundhedsplejen indgår i samarbejder med dagtilbud og skoler, ved udarbejdelse af § 50 undersøgelser, og i form af intern undervisning på tværs af fagområder i de fleste kommuner. Herudover er anvendelse af formaliserede tværfaglige fora for arbejdet med de sårbare gravide og småbørnsfamilier forholdsvis udbredt – og de vurderes positivt af respondenterne.

En del af kommunernes respondenter beskriver, at det interne tværfaglige samarbejde kan forbedres. De skriver bl.a., at *"…vi mangler systematisk samarbejde og samarbejdsfora. Alt samarbejde er ad hoc og af meget vekslende kvalitet."* Der kan være forskellige barrierer, som skal overvindes for, at dette kan ske. En af de ting, som flere fremhæver, er løbende organisatoriske ændringer – både internt i kommuner, i andre sektorer og på tværs af sektorer.

På workshoppen for fagprofessionelle sagde deltagerne, at der er behov for stærkere tværfaglige strukturer internt i kommunerne, der understøtter arbejdet med sårbare gravide og småbørnsfamilier forvaltningerne imellem. Konkrete forslag var at etablere flere familiehuse, hvor professionelle på tværs af fag samarbejder om indsatsen for målgruppen og fælles undervisning for relevante ansatte i de forskellige forvaltninger.

Overordnet giver dette anledning til en opmærksomhed omkring, hvad den organisatoriske placering af Sundhedsplejen kan få af betydning for den tværfaglige indsats der ydes til sårbare gravide og småbørnsfamilier, men peger samtidig på et potentiale i forhold til at udbrede mere formaliserede samarbejdsformer omkring målgruppen, som der er gode erfaringer med.

NETVÆRKET: Et tværfagligt tilbud

RINGSTED KOMMUNE

"Mit arbejde er blevet en faglig legeplads. I stedet for "kun" at være ansat i en daginstitution, føler jeg, at jeg er ansat i kommunen."

Hvad er Netværket?
Netværket er et frivilligt tilbud til mødre og gravide under 29 år i Ringsted Kommune. Omdrejningspunktet for tilbuddet er en mentorordning, hvor den unge mor/gravide matches med en kommunalt ansat mentor. Herudover består tilbuddet af en række fælles netværksskabende aktiviteter for de unge, deres børn og mentorerne. Aktiviteterne foregår oftest i Netværkets fælleshus, mens de med jævne mellemrum tager på ture ud af huset. Det er frivilligt at gøre brug af Netværket, og de unge mødre/gravide kan selv henvende for at undersøge, om netværket er noget for dem. Nogle af de unge har selv fundet frem til tilbuddet via veninder eller kommunens hjemmeside og mange er blevet orienteret om det af andre fagpersoner omkring dem. Fagpersoner kan anbefale tilbuddet men kan ikke visiteres til det.
Mentorerne i Netværket er ansat i Ringsted Kommune, og de repræsenterer medio 2014 ni forskellige arbejdspladser og mere end ti faglige baggrunde. Netværket yder refusion for de mentortimer, der ydes i Netværket. Mentorernes rolle er at stille personlig viden, erfaring og støtte til rådighed for de unge på en måde, der sikrer, at relationen fokuserer på de unge mødres/gravides behov og aktuelle situation. Det har ikke nødvendigvis noget direkte med rollen som mor at gøre, men kan handle om tilknytning til arbejde, uddannelse, personlig udvikling, økonomi, parforhold eller andet, som har betydning for de unge, og som derfor påvirker relationen til deres børn.
Mentorordningens fysiske samlingspunkt er et fælleshus, hvor mødrene også kan komme uden deres personlige mentor. Her kan kvinderne møde andre kvinder og være en del af et positivt fællesskab faciliteret af Netværket

Hvad er Netværket særligt gode til?
Netværket eksemplificerer en ny måde at samarbejde på tværs af forvaltningerne i Ringsted Kommune – tilbuddet blev udviklet i et samarbejde mellem forvaltningerne, og mentordelen skaber et godt afsæt for videndeling på tværs af forvaltninger. Konkret har de gode erfaringer med det tværfaglige samarbejde sikret en fælles finansiering af Netværkets drift.
I praksis er mentorordningens særlige styrke, at tilbuddet tilpasses den enkelte unge. Dette kræver en tillidsfuld relation mellem mentee og mentor. Denne relation har betydning for mødrene/de gravide, som oplever færre misforståelser i deres møde med andre kommunale fagpersoner, og på mentorerne, som får et andet og mere fleksibelt rum at bruge deres faglighed i. Midtvejsevalueringen af Netværket viser bl.a. en klar nedgang i antallet af børnesager i Ringsted Kommune og et markant højere antal kvinder under uddannelse er selvforsørgende end gennemsnitligt i Danmark.

Hvordan kan Netværket blive endnu bedre?
Et øget fokus på fædrenes rolle vil give et mere solidt fundament for at skabe en god opvækst for barnet. På overordnet niveau er der en drøm om at kunne udbrede konceptet til andre sektorer. En positiv sideeffekt af Netværket er, at der er skabt et stærkt netværk af engagerede mødre og engagerede, fagligt stolte kommunalt ansatte. Forhåbningen er, at dette engagement er med til at skabe ringe i vandet i lokalsamfundet, og denne tænkning vil være oplagt at udbrede til eksempelvis uddannelsesområdet.

Ovenstående beskrivelse er blevet til i en dialog med centrale medarbejdere i Netværket, ved besøg og/eller telefonsamtaler.

15. Fagprofessionelles visioner på området

Input fra jordemødre, sundhedsplejersker og andre fagprofessionelle, der arbejder med målgruppen, er et væsentligt bidrag i udviklingen af fremtidens indsats for sårbare gravide og småbørnsfamilier. De har 'fingeren på pulsen' og deres erfaringer med både konkrete tilbud samt målgruppens behov er et godt afsæt for denne udvikling.

Der er i spørgeskemaet derfor også spurgt til respondenternes visioner og vurdering af udviklingspotentialer for fremtidens indsatser for målgruppen. Dette fokus på fremtidsperspektiver på området var desuden afsæt for workshoppen for fagprofessionelle d. 20. august 2014.

I spørgeskemaet spørges respondenterne til hvilke tre tiltag – ud fra en prædefineret liste – der i deres øjne har størst potentiale i forhold til at styrke indsatsen for sårbare gravide og småbørnsfamilier.

Hverken respondenterne fra fødestederne eller fra kommunerne er entydige i deres svar, der fordeler sig forholdsvis bredt på de forskellige svarmuligheder. Respondenterne fra den samme sektor prioriterer således forskelligt i deres vurderinger af de oplistede tiltag. Det tiltag, som de kommunale respondenter scorer højest, har 47 % sat kryds ved, og det tiltag, som respondenterne fra fødestederne scorer højest, har 56 % sat kryds ved.

Nedenfor gennemgås respondenternes besvarelser og de sammenholdes med input fra workshoppen og rapportens øvrige resultater.

Fødesteder: Størst potentiale i det tværsektorielle samarbejde

De tre tiltag, som, respondenterne på fødestederne primært mener, har potentiale i forhold til at styrke indsatsen over for sårbare gravide og småbørnsfamilier, er; forældrekursus med gennemprøvet koncept; at styrke det tværsektorielle samarbejde med sagsbehandlerne i kommunerne; samt at styrke det tværsektorielle samarbejde med sundhedsplejerskerne i kommunerne (hhv. 47 %, 47 % og 42 %). Samtlige af disse tiltag involverer samarbejde på tværs af sektorer.

Ud over disse tiltag får inddragelse af brugerne i tilrettelæggelsen af tilbuddene, styrkelse af samarbejdet med de praktiserende læger samt mentorordninger alle over 20 % af respondenternes kryds (hhv. 26 %, 21 % og 21 %).

Tabel 30: Fødestedernes bud på hvilke tiltag, der har størst potentiale for at styrke indsatsen

Hvilke tre tilbud eller tiltag mener du, har størst potentiale i forhold til at styrke indsatsen overfor sårbare gravide og småbørnsfamilier?	Antal	Procent
Forældrekursus med gennemprøvet koncept	9	47,4 %
Styrke det tværsektorielle samarbejde med sagsbehandlerne i kommunerne	9	47,4 %
Styrke det tværsektorielle samarbejde med sundhedsplejerskerne i kommunerne	8	42,1 %
Arbejde mere med at inddrage brugerne i tilrettelæggelsen af de tilbud, de modtager	5	26,3 %
Styrke det tværfaglige samarbejde med de praktiserende læger	4	21,1 %
Mentorordninger	4	21,1 %
Flere graviditetsundersøgelser/konsultationer til de gravide	3	15,8 %
Flere tilbud målrettet begge forældre	3	15,8 %
Samarbejde om tilbud med frivillige organisationer og foreninger som fx "Home Start", "Mødrehjælpen" mv.	2	10,5 %
Andet	2	10,5 %
Styrke det tværfaglige samarbejde internt på fødestedet	1	5,3 %
Forældrekursus vi selv udvikler	0	0,0 %

Det har været muligt at sætte tre krydser. N = 19.

Kommuner: Størst potentiale i det tværfaglige samarbejde og en styrket almen indsats

De kommunale respondenter peger på styrkelse af det tværfaglige samarbejde internt i kommunen, forældrekursus med gennemprøvet koncept og flere hjemmebesøg til gravide og småbørnsfamilier som de tiltag med størst potentiale for at styrke indsatsen for sårbare gravide og småbørnsfamilier (hhv. 56 %, 48 % og 36 %). Her er der altså fokus på det interne samarbejde i kommunen samt en styrket indsats i de almene tilbud – både kollektivt og individuelt – i form af forældrekurser og flere hjemmebesøg.

Ud over disse tiltag får styrkelse af det tværsektorielle samarbejde, flere tilbud med inddragelse af faren på lige fod med moren samt et familiehus med aktiviteter alle omkring 30 % af de kommunale respondenters kryds (hhv. 30 %, 29 % og 26 %).

Tabel 31: Kommunernes bud på hvilke tiltag, der har størst potentiale for at styrke indsatsen

Hvilke tre tilbud eller tiltag mener du, vil kunne styrke indsatsen overfor sårbare gravide og småbørnsfamilier?	Antal	Procent
Styrke det tværfaglige samarbejde omkring småbørnsfamilier internt i kommunen	45	56,3 %
Forældrekursus med gennemprøvet koncept	38	47,5 %
Flere hjemmebesøg til gravide og småbørnsfamilier	29	36,3 %
Styrke det tværsektorielle samarbejde med fødestederne	24	30,0 %
Flere tilbud hvor fædre og mødre inddrages ligeværdigt	23	28,8 %
Et familiehus med aktiviteter	21	26,3 %
Arbejde mere med at inddrage brugerne i tilrettelæggelsen af de tilbud de modtager	19	23,8 %
Styrke det tværfaglige samarbejde omkring småbørnsfamilier med de praktiserende læger	10	12,5 %
Flere tilbud målrettet fædrene	9	11,3 %
Mentorordninger	9	11,3 %
Samarbejde om tilbud med frivillige organisationer og foreninger som fx "Home Start", "Mødrehjælpen" mv.	6	7,5 %
Andet	1	1,3 %

Kilde: Spørgeskema til kommuner. Det har været muligt at sætte tre krydser. N = 80.

Fremtidsperspektiver i forældrekurser

Både en stor del af respondenterne fra fødestederne (47 %) og fra kommunerne (48 %) ser forældrekurser med gennemprøvet koncept som særligt perspektivrigt i forhold til udvikling af fremtidens indsats for sårbare gravide og småbørnsfamilier. Som tidligere nævnt varetages mange forældrekurser i et tæt samarbejde mellem forskellige faggrupper og på tværs af sektorer, og forældrekurser giver derfor konkret anledning til at styrke den tværsektorielle og tværfaglige indsats.

På workshoppen fremhævede de fagprofessionelle potentialet for at styrke den tidlige opsporing af sårbare gravide og småbørnsfamilier via forældrekurser, samt at kurserne, hvis de tilrettelægges, så de inkluderer en bred målgruppe af forældre, kan give den sårbare gruppe mulighed for at danne positive netværk og fællesskaber med andre forældre.

Der er altså bred enighed om at et øget fokus på forældrekurser vil være fordelagtigt for målgruppen. Dette understøttes af respondenternes besvarelser i undersøgelsen, hvor knap halvdelen (16) af de 37 kommunale respondenter, der angiver, at de ikke arbejder med forældrekurser, svarer, at de planlægger at tilbyde forældrekurser i fremtiden. Det samme gælder for fødestederne, hvor tre ud af de seks fødesteder, som ikke arbejder med forældrekurser, planlægger at gøre det.

Fremtidsperspektiver i det tværfaglige samarbejde internt i kommunerne

Lidt over halvdelen af de kommunale respondenter ønsker et øget fokus på det tværfaglige samarbejde omkring sårbare gravide og småbørnsfamilier internt i kommunen. Det formaliserede samarbejde anvendes allerede til en vis grad i kommunerne. Som tidligere beskrevet (se kapitel 13) angiver knap halvdelen af kommunernes respondenter, at de internt samarbejder ad hoc på tværs af faggrupper, mens den anden halvdel benytter sig af helt eller delvist formaliserede interne tværfaglige samarbejdsformer. Når samarbejdet helt eller delvist er formaliseret vurderes det at understøtte samarbejdet om målgruppen bedst.

En del af kommunernes respondenter skriver desuden i de uddybende kommentarer, at det interne tværfaglige samarbejde kan forbedres. De skriver bl.a., at *"…vi mangler systematisk samarbejde og samarbejdsfora. Alt samarbejde er ad hoc og af meget vekslende kvalitet."* Flere nævner, at det er svært at holde de gode samarbejdsformer på tværs af kommunale forvaltninger ved lige på grund af udfordringer som fx løbende organisatoriske ændringer. Om dette skriver to respondenter: *"Det [tværfaglige samarbejde i kommunen] er vanskeligt, da der ustandseligt ændres i [den kommunale] organisation"* og *"Det [tværfaglige samarbejde i kommunen] skal hele tiden gødes pga. hyppige organisationsændringer."* Dette ønske blev understøttet af de fagprofessionelle på workshoppen, der blandt andet foreslog oprettelsen af flere tværfaglige familiehuse og fælles undervisning for relevante ansatte på tværs af forvaltninger.

Fremtidsperspektiver i det tværsektorielle samarbejde

Både fødestedernes og kommunernes respondenter mener, at et styrket samarbejdet på tværs af sektorer har potentiale i forhold til at styrke indsatsen for målgruppen i fremtiden. Der er især hos fødestederne fokus på et potentiale i at styrke det tværsektorielle samarbejde med kommunerne – både i forhold til samarbejdet med sundhedsplejerskerne og børnesagsbehandlerne.

Som tidligere beskrevet (se kapitel 12) viser undersøgelsen, at respondenterne fra begge sektorer vurderer, at formaliserede strukturer for samarbejdet mellem fødesteder og kommuner understøtter indsatsen for sårbare gravide og småbørnsfamilier. Begge sektorer har fx gode erfaringer med at inkludere gensidigt forpligtende samarbejdsaftaler omkring det tværsektorielle samarbejde for denne målgruppe i sundhedsaftalerne.

At styrke det tværfaglige samarbejde med de praktiserende læger vurderes derimod ikke i samme grad at have potentiale for at styrke indsatsen for de sårbare gravide og småbørnsfamilier – 21 % af respondenterne fra fødestederne og 13 % af de kommunale respondenter har sat kryds i denne mulighed. Set i forhold til undersøgelsens andre resultater kan det tolkes som et udtryk for, at samarbejdet med den praktiserende læge spiller en forholdsvis lille rolle i jordemødrenes og sundhedsplejerskernes arbejde med de sårbare gravide, og at der er større fokus på at styrke de samarbejdsflader, som er mere åbenlyse, såsom samarbejdet mellem fx jordemødre og sundhedsplejersker og mellem jordemødre, sundhedsplejersker og børnefamiliesagsbehandlere.

På workshoppen fremhævede de fagprofessionelle netop samarbejdet med den praktiserende læge som et element med uudnyttet potentiale i forhold til opsporing af sårbare gravide og småbørnsfamilier og dermed den tidlige indsats. Det kan have betydning, at de praktiserende læger også var repræsenteret på workshoppen, hvorimod spørgeskemaet kun er blevet besvaret af jordemødre og sundhedsplejersker.

Fremtidsperspektiver ved involvering af faren i tilbuddene

16 % af respondenterne fra fødestederne har svaret, at flere tilbud målrettet begge forældre har stort potentiale for den fremtidige indsats for målgruppen, og henholdsvis 29 % og 11 % af de kommunale respondenter har svaret, at flere tilbud målrettet faren på lige fod med moren eller flere tilbud målrettet fædrene har stort potentiale. Der er altså større fokus på potentialet ved at involvere faren i fremtidige tilbud blandt de kommunale respondenter end hos respondenterne fra fødestederne.

Denne forskel stemmer umiddelbart overens med, at fødestedernes udvidede tilbud til sårbare gravide i højere grad end de kommunale tilbud allerede er målrettet faren på lige fod med moren (se kapitel 9). Udviklingspotentialet i forhold til involvering af faren er således størst i de kommunale udvidede tilbud, og dette afspejles i svarene ovenfor.

På workshoppen spillede farens involvering i tilbuddene desuden en stor rolle hos de fagprofessionelle. Her fremhævede deltagerne, at der i de udvidede tilbud bør være mere opmærksomhed på netop faren, da han spiller en stor rolle for barnets og familiens trivsel.

Fremtidsperspektiver ved øget brugerinddragelse

Der er overensstemmelse mellem fødestedernes og kommunernes vurdering af, om inddragelse af brugerne i tilrettelæggelse af tilbuddene er et tiltag, der kan styrke indsatsen overfor sårbare gravide og småbørnsfamilier. Omkring hver fjerde respondent fra både fødesteder og kommuner har sat kryds ved denne mulighed.

Dette fokus på brugerinddragelse i de udvidede tilbud underbygges af nogle af de uddybende kommentarer i spørgeskemaerne, hvor bl.a. én af kommunernes respondenter skriver: *"Jeg mener bestemt, vi skal lave flere brugerundersøgelser og samtidig hæfte vores faglighed på det."* På workshoppen for fagprofessionelle understregede deltagerne, at en højere grad af fleksibilitet i de udvidede tilbud vil styrke indsatsen overfor de sårbare gravide og småbørnsfamilier. De pointerede, at tilbuddene skal tage udgangspunkt i målgruppen, og at både de organisatoriske rammer og de fagprofessionelles indsats bør være så fleksible, at de kan tilpasses målgruppens foranderlige behov og ønsker.

16. Referenceliste

Bossi-Andresen Gitte, og Holger Jacobsen, 2009, *Udvikling og Nye Samarbejdsrelationer. Opsamling af erfaringerne fra ti pilotprojekter i Satspuljen på Sundhedsplejen og anden tværfaglig indsats,* Sundhedsstyrelsen, København.

Bossi-Andresen Gitte, og Holger Jacobsen, 2008, *Stemmer Fra Praksisfeltet. Fortællinger til inspiration i arbejdet med den tidlige indsats*, Sundhedsstyrelsen, København.

Bossi-Andresen Gitte, og Holger Jacobsen, 2008, *Tværgående Vidensopsamling på Satspuljen,* Sundhedsstyrelsen, København.

Broden, Margaretha Berg, 2007, *Graviditetens muligheder*, Akademisk Forlag, København.

Enheden for Brugerundersøgelser, 2013, *Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser blandt Fødende 2013*, Region Hovedstaden, Frederiksberg.

Flachs, Lene og Lykke, Kirsten, 2008, *Børneprojektet. Når børn har brug for en særlig indsats – træning af praktiserende læger gennem supervision*, 2008.

Hansen, Jytte, Anette Hammershøj og Gitte Bossi-Andresen, 2003, *Tidlig Indsats Overfor Særligt Sårbare Gravide og Småbørnsfamilier,* Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005, *Kommunalreformen – kort fortalt*, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Lausten, Mette, Anne-Kirstine Mølholt, Helle Hansen, Lise Heiner Schmidt og Maja Aaquist, 2010, *Forebyggende foranstaltninger 0-4 år. SFI - Det nationale Forskningscenter for Velfærd,* København.

Lindberg, Laura Glahder, Thorkil Thorsen og Susanne Reventlow, 2011, *Arbejdet med sårbare patienter og perspektiver på social ulighed i almen praksis. En fokusgruppeundersøgelse med alment praktiserende læger i København, Odense og Århus*, Forskningsenheden for Almen Praksis, København.

Marklund, Kirsten og Simic, Nino (red.), 2012, *Nordens børn – tidlige indsatser for børn og familier*, Nordens Velfærdscenter.

Oldrup, Helene Hjorth og Vitus, Kathrine, 2011, *Indsatser over for udsatte 0-3-årige og deres forældre - en systematisk forskningsoversigt,* SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, København.

Ottosen et al., 2010, *Børn og Unge I Danmark. Velfærd og Trivsel 2010. SFI – Det nationale forskningscenter for Velfærd,* København.

Rambøll Management Consulting, 2010, *Evaluering af De utrolige år – delrapport 2 – Effekten af programmet,* København.

Rambøll Management Consulting, 2013, *Børns trivsel i familier med overvægt eller andre sundhedsrisici. Tværgående afrapportering af kommunernes midtvejsevalueringer*, Rambøll, København.

Stern, Daniel N., 1999, *En mor bliver til*, Reitzel.

Stern, Daniel N., 2004, *Moderskabskonstellationen*, Reitzel.

WHO, 2007, *Early Child Development: A* Powerful *Equalizer*, WHO.

Netpublikationer:

LBK nr 913 af 13/07/*2010, Bekendtgørelse til Sundhedsloven 2010*
https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=134497

Servicestyrelsen, 2011, *Håndbog om Barnets Reform*

Socialstyrelsen, 2007, *Sammenhængende Børnepolitik*
http://shop.socialstyrelsen.dk/products/sammenhaengende-bornepolitik-redskaber-service

Statens Serum Institut, 2012, *Fødselsstatistikken, Tal og analyser*
http://www.ssi.dk/~/media/Indhold/DK%20-%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NSF/Registre/Fodselsregisteret/f%C3%B8dselsstatistikken2012_vers%204.ashx

Sundhedsstyrelsen, 2011, *Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge*
http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2011/cff/sundhedsydelser/sundhedsydelser.pdf

Sundhedsstyrelsen 2011, *Status for regionernes og kommunernes tilbud til gravide og fødende med fokus på ambulante fødsler og tidlige udskrivelser*, marts 2011
http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2011/April/~/media/Filer%20-%20dokumenter/Svangreomsorg/Sundhedsstyrelsens_redegoerelse_svangreomsorg.ashx

Sundhedsstyrelsen, 2013, *Anbefalinger for svangreomsorgen*
http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2013/10okt/Svangreomsorg2013.pdf

Sundhedsstyrelsen, 2014, *Udmøntning af midler fra sundhedspolitisk udspil til sårbare gravide*
http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/puljer-og-projekter/2014-2017/~/media/CAD7BF293D124FD4906A45624518BC12.ashx

Aalborg Kommune, 2009, *Håndbog for medarbejdere i arbejdet med udsatte børn og unge på 0-18 års området i Aalborg Kommune*, Aalborg Kommune
http://buib.daks.dk/fileadmin/buib/Patvrs.pdf

17. Appendix

Bilag 1: Svangreomsorgens niveauinddeling

Uddrag fra Sundhedsstyrelsen, 2013, *Anbefalinger for svangreomsorgen*:28

på fødestedet eller uden for fødestedet. Der kan desuden være mulighed for konsultationer i hjemmet hos gravide, der bør aflastes. Gruppekonsultationer kan give den gravide mulighed for at udveksle erfaringer og etablere netværk. Det anbefales, at der tilbydes fødsels- og forældreforberedelse til alle.

3.2 Differentiering af svangreomsorgen

Der anbefales en niveaudeling af svangreomsorgen og det tværfaglige samarbejde med henblik på at sikre den gravide den nødvendige støtte og omsorg i forhold til såvel obstetriske som sociale og psykiske risikofaktorer.

Niveau 1 er det basale tilbud om graviditetsundersøgelser, fødselshjælp og barselspleje til kvinder, hvis graviditet vurderes uden øget risiko. Tilbuddet er beskrevet i kapitel 4.

Niveau 2 indebærer et udvidet tilbud, som kan varetages af de faggrupper, der arbejder inden for svangreomsorgen. Det kan fx dreje sig om tilbud til rygere eller overvægtige. Det kan dreje sig om kvinder med tidligere dårlig fødselsoplevelse eller mislykket ammeforløb, kvinder der venter mere end ét barn eller kvinder med risiko for gestationel diabetes. Der vil her være brug for at tilpasse tilbuddet til kvindens individuelle behov og for at henvise til særlige tilbud, der er etableret i regionen eller kommunen for disse kvinder.

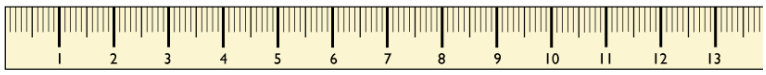
Niveau 3 indebærer et udvidet tilbud, som involverer et tværfagligt samarbejde med andre faggrupper i sundhedssektoren og/eller tværsektorielt samarbejde med kommunen. Ved sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger af mere kompleks karakter tilbydes den gravide svangreomsorg på dette niveau. Det kan fx dreje sig om kvinder med psykologiske/psykiatriske problemer, eller om kvinder som har nyopståede eller kroniske somatiske lidelser, der fordrer samarbejde med andre speciallæger. Kvinder med sværere sociale problemstillinger af enten økonomisk eller familiær karakter kan desuden have behov for et udvidet tilbud om kontakt til og støtte fra sundhedsvæsenet eller socialforvaltningen. Lokale tværfaglige grupper vil typisk kunne varetage opgaverne på dette niveau i henhold til lov om social service § 49 og sundhedsloven § 123. Se desuden kapitel 5.

Niveau 4 indebærer samarbejde med specialiserede institutioner som fx familieambulatorium, familieinstitutioner og andre behandlingstilbud. Den gravide indplaceres på dette niveau, når der er tale om særlig komplicerede problemstillinger som fx rusmiddelproblemer, svære psykiske/psykiatriske lidelser og/eller alvorlig social belastning, hvor der med høj sandsynlighed vil blive vanskeligheder med tilknytningen mellem mor og barn og varetagelse af barnets tarv. Se kapitel 5.

Bilag 2: Børnelinealen

Uddrag fra Københavns Kommune, Når du er bekymret for et barn - en handlevejledning for tidlig indsats: 26-27

Børnelinealen



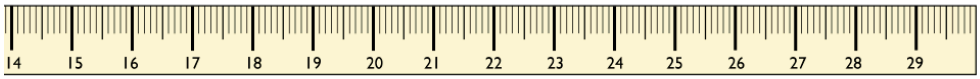
Børnelinealen viser bekymringstegn i fem kategorier – fra børn og unge i trivsel, til børn og unge i svære sociale problemer. Linealen giver dig et skøn af barnets situation og forældreomsorgen, og hvor barnets vanskeligheder kan løses.

Børnelinealen giver dig mulighed for at foretage et skøn af barnets situation, og den indfanger derfor ikke kompleksiteten i arbejdet med børn og unge, der har behov for særlig støtte. Du finder en mere uddybende beskrivelse af dine handlemuligheder, når du bliver bekymret for et barn, i denne pjece eller på *www.kk.dk/bekymret*.

Børnelinealen er sendt til skoler og institutioner i en lamineret udgave sammen med denne handlevejledning. Den laminerede udgave af Børnelinealen indeholder også en oversigt over de samarbejdspartnere i kommunen, som er beskrevet i denne pjece.

	Børn i trivsel	Børn i faldende trivsel
Barnets udvikling	• Barnet udvikler sig almindeligt socialt, emotionelt, fysisk og intellektuelt med de almindelige udsving i trivslen, der naturligt følger med.	• Barnet er udsat for lette, men konstante belastninger, og viser tegn på, at noget er galt. eller • Barnet er udsat for en større, men forbigående belastning, og viser tegn på, at noget er galt (barnet kan f.eks. være påvirket psykisk og socialt af en bestemt hændelse).
Forældre-omsorgen	• Forældreomsorgen er god. • Forældrene søger rådgivning, hvis barnet i en periode ikke trives. Forældrene søger måske bistand hos læge, skole, sundhedsplejerske, daginstitution m.v.	• Forældrene gør evt. på opfordring brug af råd og vejledning hos læge, skole, sundhedsplejerske, daginstitution m.v.
Tidsperspektiv	**Kortvarigt** ***Vanskelighederne klares i det daglige rum***	**Kortvarigt** ***Vanskelighederne klares i det daglige rum***

26



Børn med behov for særlig støtte

Underretningspligt

Sårbare børn	Udsatte børn	Truede børn
• Barnet udviser signaler i form af psykiske eller fysiske reaktioner, f.eks. selvskadende adfærd eller andre adfærdsreaktioner og har vanskeligheder i samspillet med andre og/eller kontaktforstyrrelser. • Barnet viser tydelige tegn på, at noget er galt, f.eks. ved utryghed, spiseforstyrrelse, handicap m.m. • Barnet udsættes for fysisk overlast, f.eks. hvis barnet bliver slået.	• Barnet er udsat for langvarig tung belastning og viser meget tydelige tegn på, at noget er galt. • Barnet fungerer meget dårligt og udvikler sig kontinuerligt i en dårlig retning. • Barnet har vanskeligt ved at knytte sig til eller skabe relationer til andre børn eller voksne. • Personlighedsmæssig begyndende fejludvikling. • Barnets tegn på, at noget er galt, tager til i styrke og omfang.	• Barnet sender dagligt signaler om truet udvikling som følge af omsorgssvigt. • Barnet mistrives alvorligt og har f.eks.: - psykiske lidelser - kontaktsvaghed - et misbrug - eller laver kriminalitet. • Barnet har skader på personligheden.
• Forældrenes omsorg er god f.eks. i relation til handicappede børn. eller • Forældrenes omsorg er midlertidig eller konstant reduceret pga. vold i hjemmet, psykisk eller fysisk sygdom, misbrug eller en aktuel krise ved f.eks. sygdom, dødsfald, arbejdsløshed eller vold i familien.	• Forældrenes omsorg er reduceret i så høj grad, at de ikke magter at håndtere belastningerne i familien. • Der er mishandling eller vold i familien.	• Forældrenes omsorg mangler og er stærkt belastet p.g.a. af personlige, psykiske, sociale, økonomiske og/eller netværksmæssige faktorer.
Længerevarende til langvarigt ***Vanskelighederne kræver bistand fra andre***	**Langvarigt** ***Vanskelighederne kræver bistand fra andre***	**Meget langvarigt** ***Vanskelighederne løses særlige steder***

www.kk.dk/bekymret

27

Bilag 3: Spørgeskemaer til fødesteder og kommuner

Se separat dokument "Bilag 3: Spørgeskemaer om fødesteders og kommuners udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier"