



# MIDTVEJSEVALUERING AF TIDLIG IND- SATS TIL SÅRBARE FAMILIER

MIDTVEJSEVALUERING

SUNDHEDSSTYRELSEN  
SEPTEMBER 2019

[WWW.RAMBOLL.DK](http://WWW.RAMBOLL.DK)

**RAMBOLL**

# MIDTVEJSEVALUERING AF TIDLIG INDSATS TIL SÅRBARE FAMILIER

## INDHOLD

<b>1.</b>	<b>INDLEDNING</b>	<b>1</b>
1.1	Formålet med 'Tidlig indsats til sårbare familier'	1
1.2	Evaluering af kommunernes omstilling af praksis	3
1.3	Læsevejledning	2
<b>2.</b>	<b>SAMMENFATNING</b>	<b>3</b>
2.1	Kort om projektet	3
2.2	Niveauinddeling af sundhedsplejens tilbud	3
2.3	Styrket opsporende indsats i sundhedsplejen	3
2.4	Målrettet anvendelse af sundhedsplejens ressourcer	4
2.5	Styrket tværfaglig indsats om sårbare familier	4
2.6	Fastholdelse og inddragelse af familier	5
2.7	Drivkræfter og barrierer i omstillingen af praksis	5
<b>3.</b>	<b>BAGGRUND FOR KOMMUNERNES DELTAGELSE</b>	<b>6</b>
3.1	Kommunernes motivation for at udvikle praksis	6
3.2	Det organisatoriske afsæt i kommunerne	6
<b>4.</b>	<b>NIVEAUINDELING AF SUNDHEDSPLEJENS TILBUD</b>	<b>8</b>
4.1	Status for implementering af niveauinddelingen	8
4.2	Oplevet udbytte af at arbejde i niveauer	9
4.3	Understøttende tiltag til implementering af niveauinddelingen	10
<b>5.</b>	<b>PROJEKTMODELLER OMSAT TIL PRAKSIS</b>	<b>11</b>
5.1	Styrket opsporing af sårbare og udsatte familier i almenindsatsen	11
5.2	Målrettet anvendelse af monofaglige behovsydelser	18
5.3	Udvikling af det tværfaglige samarbejde om sårbare og udsatte familier	20
<b>6.</b>	<b>FAMILIEN SOM MEDSPILLER</b>	<b>32</b>
6.1	Centrale temaer for det gode indsatsforløb	32
6.2	De første erfaringer med brugerråd	36

## Bilag 1: Uddybet metodebeskrivelse

## 1. INDLEDNING

Tidlig ulighed i sundhed har betydning for fysisk og mental sundhed senere i livet. De tidlige leveår skaber grundlaget for børns sundhed, udvikling og livsmuligheder. Der er derfor et stort potentiale i at identificere sårbare og udsatte børn og familier tidligt og iværksætte støtte, eventuelt af tværfaglig karakter. Som led i satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2017-2020 er der derfor afsat midler til at styrke den tidlige indsats til sårbare familier, med et prioriteret fokus på den tidlige indsats forankret i sundhedsplejen. Sundhedsplejen har en unik mulighed for at identificere og handle på tegn på sårbarhed tidligt, fordi sundhedsplejen som et universelt tilbud er en af de første professionelle kontaktflader til alle familier efter barnets fødsel.

### 1.1 Formålet med 'Tidlig indsats til sårbare familier'

Sundhedstjenesten i 17 kommuner har ansøgt om og modtaget midler til prioritering og udvikling af indsatser, der matcher sårbare børn og familiers behov og virker i forhold til tidlig opsporing og fastholdelse af målgruppen. Herunder er der givet midler til indsatser, der styrker den opsøgende indsats fra sundhedsplejen til målgruppen eller målretter eksisterende ressourcer på området og styrker såvel den monofaglige som tværfaglige indsats til sårbare børn og familier.

Midlerne fra puljen er udmøntet til to forskellige modelprojekter:

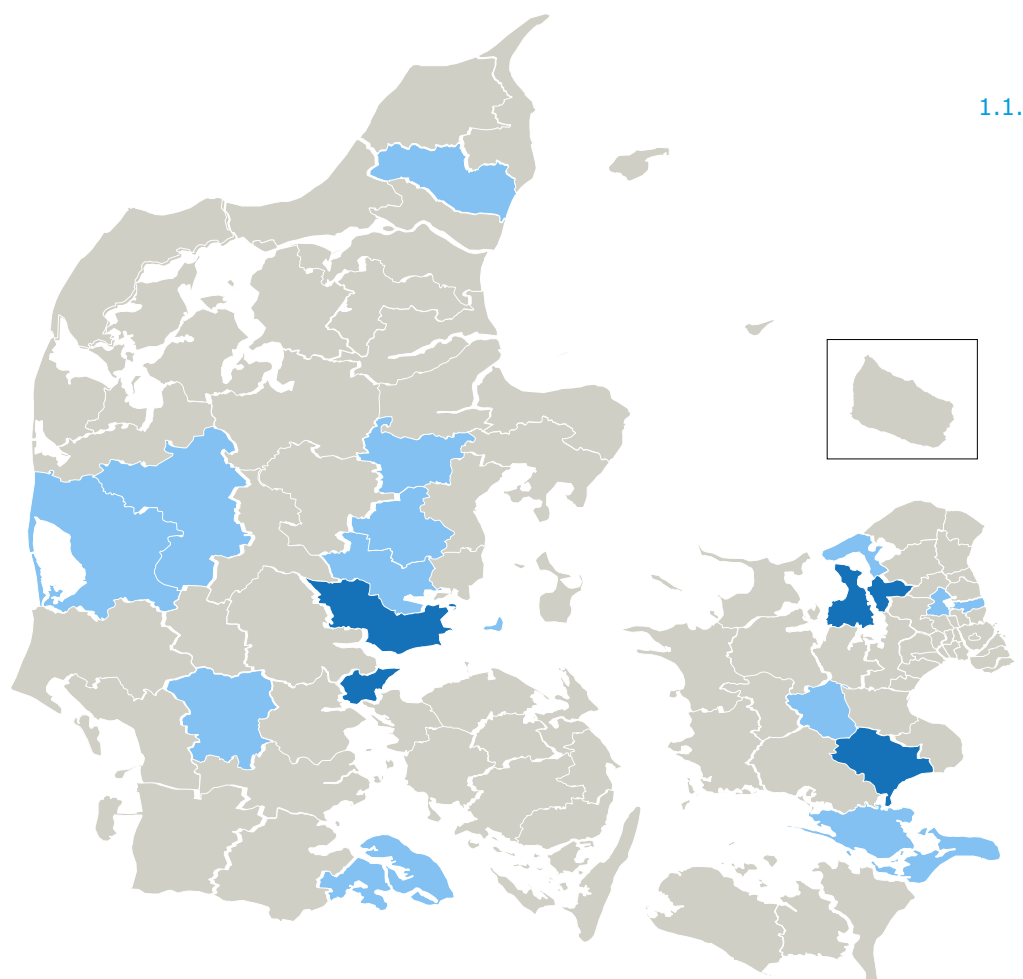
- ❖ **Modelprojekt A** har fokus på at styrke den opsøgende indsats fra sundhedsplejen og målretning af eksisterende sundhedsplejeydelser. Dette skal ske ved at styrke den opsøgende indsats i alle familier gennem opkvalificering af sundhedsplejen i brug af fælles metoder til at opspore sårbare børn og familier tidligt og målrette ressourcerne (niveau 1), herunder etablering af faste kriterier for henvisning til ydelser ud over det ordinære tilbud i form af ekstra behovsbesøg (niveau 2). Desuden har modellen fokus på udvikling af det tværprofessionelle samarbejde med henblik på at udvikle en fælles sproglig referenceramme for og kategorisering af sårbare og udsatte familier for at sikre en mere målrettet støtte (niveau 3). Endelig har modellen fokus på inddragelse af sundhedsplejerskens kompetencer og viden i forhold til familier, hvor foranstaltninger har vist sig nødvendige (niveau 4). 13 kommuner har fået midler til at omstille praksis efter denne model.
- ❖ **Modelprojekt B** har fokus på at udvikle samarbejdet mellem sundhedsplejen og dagtilbud. Dette skal ske ved at udvikle samarbejdet mellem sundhedsplejen og dagtilbud om overgangen fra hjem til institution og ved skift til anden institutionstype (niveau 1). Derudover sætter modellen fokus på udvikling af en praksis, hvor der er fastsat kriterier og en konkret model for sundhedsplejerådgivning i samarbejde med dagtilbud, når familier har særligt behov for sundhedsfaglig støtte (niveau 2). Tilsvarende modelprojekt A har modelprojekt B også fokus på udvikling af det tværprofessionelle samarbejde gennem etablering eller videreførelse af et tværprofessionelt team, etablering af en fælles sproglig referenceramme for og kategorisering af sårbare og udsatte familier samt udvikling af tværprofessionelle tilbud (niveau 3). Desuden sætter modelprojekt B, tilsvarende modelprojekt A, fokus på at understøtte en praksis, hvor sundhedsplejerskens kompetencer sættes i spil i forhold til familier, hvor der er iværksat foranstaltninger (niveau 4). Fire kommuner har fået midler til at omsætte praksis efter denne model.

De to modeller udgør en faglig ramme for det udviklingsarbejde, som foregår i de 17 kommuner. Det er imidlertid forskelligt fra kommune til kommune, hvilket udgangspunkt der var ved projektets opstart og derfor også, hvor kommunerne har sat ind i udviklingsprocessen. Ligesom der er forskelle på, hvordan kommunerne omsætter modellerne i deres lokale kontekst.

Kommunerne, der har fået midler under puljen, er Brønderslev, Ringkøbing-Skjern, Favrskov, Skanderborg, Herning, Horsens, Hedensted, Fredericia, Vejen, Sønderborg, Halsnæs, Frederiks-

sund<sup>1</sup>, Ringsted, Faxe, Vordingborg, Furesø og Lyngby-Taarbæk. Kommunerne er markeret på kortet nedenfor.

**De lyseblå** har fået midler til at omsætte model A og **de mørkeblå** til model B. Modellerne præsenteres i det følgende afsnit.



### 1.1.1 Niveauinddeling af sundhedsplejeydelser og to modelprojekter

Som led i projektet er der introduceret en niveauinddeling af sundhedsplejeydelser på fire forebyggelses- og sundhedsfremmeniveauer. Formålet hermed er at afprøve, hvorvidt

niveauinddeling styrker sundhedsplejens vurdering af, hvilke behov familier har for yderligere indsats, når de universelle tilbud ikke er tilstrækkelige, herunder hvornår familier har brug for ekstra sundhedsplejebesøg og/eller en tværprofessionel indsats.

<sup>1</sup> I sommeren 2019 valgte Frederikssund Kommune at trække deres projektdeltagelse, og derfor ikke længere er en del af projektet.

### Boks 1-1: Niveauinddeling af sundhedsplejeydelser

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

**Niveau 2** er monofaglige, sundhedsplejefaglige behovsydelser til familier med problemer af sundhedsfaglig karakter. Ydelserne har til formål at understøtte forældrenes egne kompetencer i et sundhedsfremmeperspektiv, hvor de universelle tilbud på niveau 1 ikke rækker. Det kan fx være amme- eller søvnproblemer, behov for ekstra vejledning i forhold til barnets psykomotoriske udvikling, problemer med overgang til anden mad end mælk eller andre spiseproblemer, eller fx forældre, der udviser symptomer på fødselsdepression og som derfor i en periode følges tættere af sundhedsplejen for nærmere afklaring.

**Niveau 3** er tværprofessionelle målrettede og konkrete ydelser på enten individ- eller gruppeniveau, som involverer andre professioner end sundhedsplejen, fx socialrådgivere, PPR, tandplejen, den praktiserende læge eller andre fagpersoner. Ydelserne gives på et rådgivende niveau eller i konkrete afgrænsede indsatser.

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

**Niveau 4** er indikerede og specifikke indsatser på individniveau, hvor højt specialiseret viden er nødvendig og kan fx blive givet med hjemmel i serviceloven. Det drejer sig fx om familier med rusmid-

## 1.2 Evaluering af kommunernes omstilling af praksis

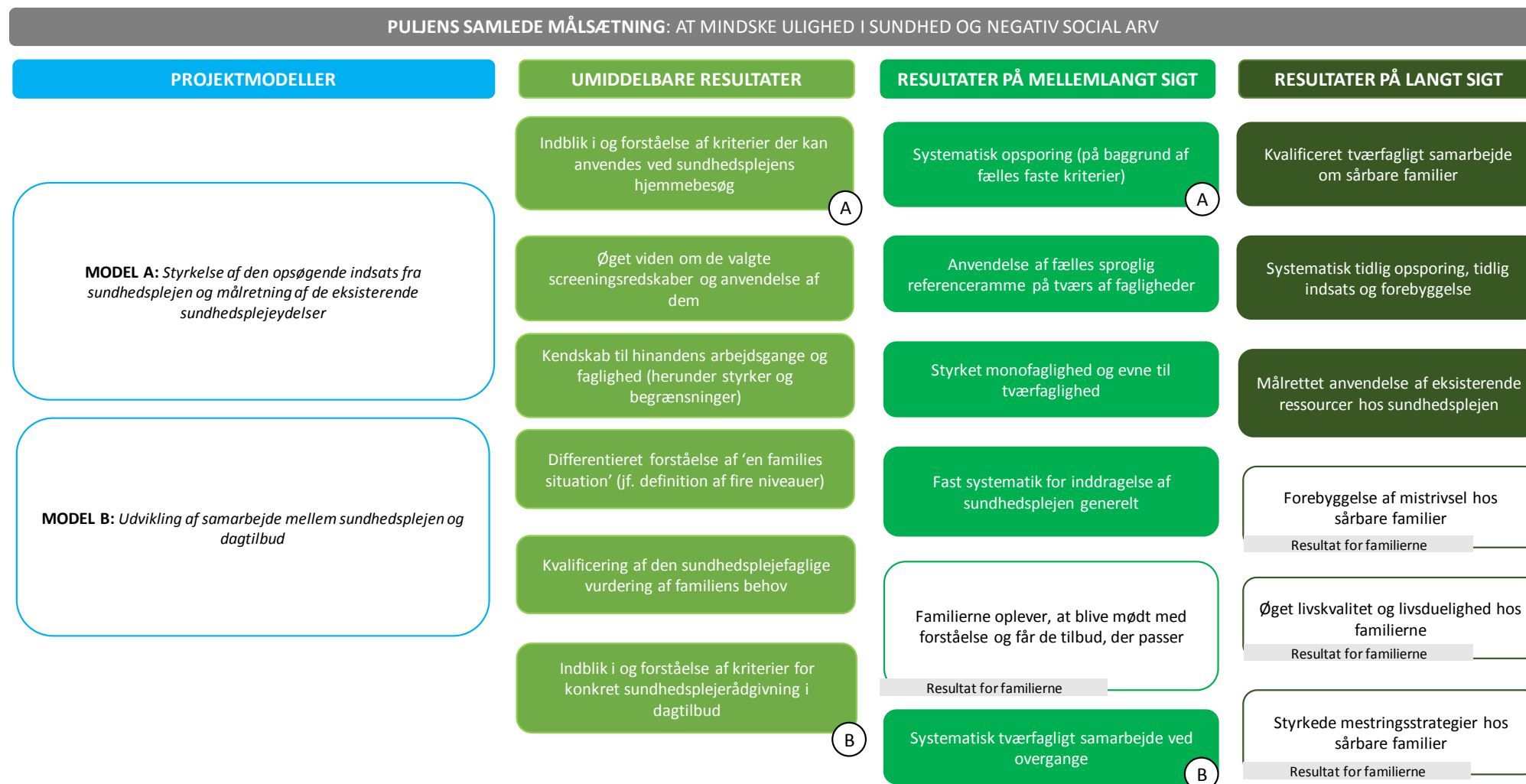
Som led i projektet gennemfører Rambøll en evaluering, hvor denne rapport udgør en midtvejs-evaluering, som samler op på hidtidige erfaringer og oplevede resultater af omstillingen. Evalueringens fokus afspejler, at projektets indhold har karakter af et udviklingsprojekt med løbende indsatsudvikling og ikke-færdige, afgrænsede indsatser, som er velafprøvede og fuldt implementerede. Det betyder, at evalueringen i høj grad undersøger, hvordan man meningsfuldt kan arbejde med at omsætte de projektmodeller eller rammer, som Sundhedsstyrelsen har sat op for projektet samt de mest centrale drivkræfter og barrierer for at nå i mål. Det er således et centralt formål med evalueringen at give et vidensindspil til udviklingsprocessen, som både Sundhedsstyrelsen og de 17 projektkommuner kan anvende i den resterende del af projektperioden.

### 1.2.1 Hvordan er evalueringen tilrettelagt?

Evalueringen er tilrettelagt dels med et summativt fokus på resultater af omstillingen af praksis, samt et mere formativt fokus med henblik på at understøtte implementeringen af modeller. Som opstart til projektet blev der afholdt forandringsteoriworkshops i alle projektkommuner. Formålet var at sætte spot på de faglige og organisatoriske resultater, som kommunerne forventede ville blive centrale skridt på vejen mod en omstilling af praksis, der skaber borgerrettede effekter. Det vil sige skridt på vejen mod at mindske ulighed i sundhed og negativ social arv. På baggrund af 17 lokale forandringsteorier blev der etableret én tværgående forandringsteori over forventede resultater og effekter af den omstillingsproces, kommunerne har igangsat. Forandringsteorien har været guidende for tilrettelæggelsen af evalueringen.



Figur 1-1: Tværgående forandringsteori for projektmodel A og B



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

**Figur 1-2: Centrale principper for omstilling af praksis**



## CENTRALE PRINCIPPER FOR OMSTILLING AF PRAKSIS

Med den tværgående forandringsteori som afsæt belyser midtvejsevalueringen, hvilke resultater kommunerne på nuværende tidspunkt oplever af omstillingen. Derudover fremhæves det med konkrete eksempler undervejs i rapporten, hvordan kommunerne har omsat de centrale principper for omstillingen i praksis.

### 1.2.2 Midtvejsevalueringens datagrundlag

Midtvejsevalueringen bygger på et kvalitativt datagrundlag indsamlet på casebesøg i udvalgte projektkommuner. Som led i midtvejsevalueringen er der foretaget casebesøg i 10 projektkommuner, både kommuner som arbejder med afsæt i modelprojekt A og kommuner, som arbejder med afsæt i modelprojekt B. Kommunerne er udvalgt, så de varierer i størrelse, geografisk placering og socioøkonomisk sammensætning. I alle kommuner er der foretaget interviews med den kommunale projektleder, ledende sundhedsplejerske, udvalgte sundhedsplejersker og centrale samarbejdspartnere som fx socialrådgivere, PPR eller dagtilbud samt med familier.

En udvidet metodebeskrivelse fremgår af bilag 1. I forbindelse med den endelige evaluering af projektet vil der blive foretaget casebesøg i de resterende projektkommuner. Derudover vil slutevalueringen blive suppleret med et omfattende kvantitativt datamateriale.

### 1.3 Læsevejledning

Rapporten er inddelt i følgende kapitler:

- **Sammenfatning:** Kapitel 2 er en sammenfatning, som giver et hurtigt overblik over rapportens indhold.
- **Baggrund for kommunernes deltagelse:** Kapitel 3 belyser projektkommunernes motivation for at søge midler fra puljen samt det organisatoriske afsæt for at igangsætte udvikling af praksis.
- **Niveauinndeling af sundhedsplejens tilbud:** Kapitel 4 beskriver projektkommunernes erfaringer med at introducere en niveauinndeling af tilbud til sårbare og udsatte familier i sundhedsplejen.
- **Projektmodeller omsat til praksis:** I kapitel 5 beskrives projektkommunernes nuværende erfaringer med at omsætte centrale elementer fra projektmodel A og projektmodel B i praksis. Herunder en status på arbejdet med at udvikle praksis, det oplevede udbytte og centrale drivkræfter og barrierer.
- **Familien som medspiller:** Kapitel 6 inddrager familiers stemme i evalueringen og sætter fokus på, hvad der har betydning for, at forældre har en positiv oplevelse af såvel monofaglige som tværfaglige tilbud.



## 2. SAMMENFATNING

### 2.1 Kort om projektet

Projektet *'Tidlig indsats for sårbare familier'* er en del af satspuljen for 2017-2020 på sundhedsområdet, der skal bidrage til at mindske ulighed i sundhed og negativ social arv gennem en styrket sundhedsplejeindsats over for sårbare og udsatte børn og familier. Midlerne fra puljen er udmøntet til 17 kommuner, der skal omsætte ét af to forskellige modelprojekter. Projektmodellerne udgør en faglig ramme for udviklingsarbejdet i de 17 kommuner:

- ❖ **Modelprojekt A:** 13 kommuner har fået midler til at omstille praksis efter model A. Fokus er på at styrke den opsøgende indsats fra sundhedsplejen og målretning af eksisterende sundhedsplejeydelser gennem opkvalificering af sundhedsplejen i brug af fælles metoder til opsporing (niveau 1) samt etablering af faste kriterier for henvisning til ekstra behovsbesøg (niveau 2). Desuden har modellen fokus på udvikling af det tværprofessionelle samarbejde, bl.a. gennem etablering eller videreudvikling af et bredt sammensat tværprofessionelt team og tværprofessionelle tilbud (niveau 3). Endelig at inddrage sundhedsplejerskens kompetencer og viden i forhold til familier, hvor der er iværksat foranstaltninger (niveau 4).
- ❖ **Modelprojekt B:** Fire kommuner har fået midler til at omsætte praksis efter model B. Fokus er på at udvikle samarbejdet mellem sundhedsplejen og dagtilbud. Herunder samarbejdet om overgangen fra hjem til institution og ved skift til anden institutionstype (niveau 1). Samt udvikling af en praksis med fastsatte kriterier og en konkret model for sundhedsplejerådgivning i samarbejdet med dagtilbud til børn/forældre med behov for sundhedsfaglig støtte (niveau 2). Ligesom model A sætter model B fokus på udvikling af det tværprofessionelle samarbejde gennem etablering eller videreførelse af et tværprofessionelt team og udvikling af tværprofessionelle tilbud (niveau 3) samt at understøtte en praksis, hvor sundhedsplejerskens kompetencer sættes i spil i forhold til familier, hvor der er iværksat foranstaltninger (niveau 4).

### 2.2 Niveauinddeling af sundhedsplejens tilbud

Alle kommuner har som led i projektet arbejdet med implementering af en niveauinddeling, der skal bidrage til en mere ensartet vurdering af en familiers behov. Denne proces har indledningsvis været præget af usikkerhed og misforståelser af niveauerne. Misforståelserne har medført forskellig praksis for dokumentation og til dels fortolkning af niveauerne. Da niveauinddelingen er en væsentlig omlægning af praksis ift. at vurdere familiernes behov, er det ikke overraskende, at omlægningen tager tid.

I kommunerne, hvor de er lykkedes at opnå en fælles forståelse af niveauerne, er erfaringen, at inddragelse af sundhedsplejerskerne i arbejdet med at definere kriterier og arbejdsgange på de enkelte niveauer bidrager til en fælles differentieret forståelse af familiernes behov. Niveauinddelingen bidrager til en øget faglig refleksion over, hvad der udgør det rette tilbud for en familie og dermed en målrettet anvendelse af ressourcer.

### 2.3 Styrket opsporende indsats i sundhedsplejen

Alle kommuner i model A har fået midler til at opkvalificere sundhedsplejersker i at anvende ADBB som et fælles screeningsredskab. Erfaringerne med systematisk brug af ADBB er entydigt positive på tværs af kommuner og de organisatoriske niveauer. Det er erfaringen, at den systematiske screening bidrager til tidlig opsporing, og at det styrker fagligheden, fordi det bidrager til en fælles sproglig referenceramme om observationer og bekymringer, både monofagligt og tværfagligt, hvormed det medvirker til at gøre observationerne mere objektive og understøtter professionel sparring.

Tilsvarende er systematikken i brugen af screeningsredskaberne EPDS og Gotland i flere kommuner styrket gennem projektet. Det har medvirket til et skærpet fokus og tidligere opsporing af fødselsdepression.

## 2.4 Målerettet anvendelse af sundhedsplejens ressourcer

Projektkommunerne i model A har arbejdet med at udvikle klare kriterier for behovsbesøg. Nogle kommuner har arbejdet med at definere klare kriterier og udarbejdet flowcharts, der illustrerer, hvad der kan udløse behovsbesøg. Andre kommuner har vedtaget retningslinjer for, at der maksimalt må aflægges 2-3 behovsbesøg, hvorefter sundhedsplejersken skal sparre med en kollega eller leder om den videre håndtering af familien. Generelt har arbejdet med at definere kriterier eller retningslinjer for afholdelse af behovsbesøg bidraget til en øget refleksion over, hvornår behovsbesøg er det mest hensigtsmæssige tilbud til en familie, og hvornår der eventuelt er behov for en anden indsats.

Under begge modelprojekter har kommuner uddannet sundhedsplejersker i familiebehandlingsmetoden COS-P. Det har givet dem et konkret og struktureret redskab til at arbejde med og understøtte forældre med særlige behov i en god og tryk tilknytning til barnet. Erfaringerne med denne metode er entydigt gode blandt både sundhedsplejersker og familier. COS-P tilbydes desuden som et tværfagligt tilbud til familier med særlige behov på niveau 3. Til dette formål har nogle kommuner gennemført fælles undervisning af sundhedsplejersker og socialrådgivere. Erfaringen hermed er, at det understøtter en fælles sproglig referenceramme og metode, der styrker samarbejdet om familierne.

Dertil har nogle kommuner uddannet sundhedsplejersker og pædagogisk personale i Marte Meo. Erfaringerne indhentet omkring brugen af Marte Meo metoden<sup>2</sup> er begrænset, hvorfor det ikke belyses yderligere i denne rapport.

## 2.5 Styrket tværfaglig indsats om sårbare familier

Projektkommunerne i begge modeller har arbejdet med at udvikle eller videreføre tværfaglige småbørnsteams. I de fleste kommuner er det tværfaglige småbørnsteam organiseret på et organisatorisk niveau, hvor de samarbejder om og drøfter en samlet sagsstamme, mens enkelte familiers sager kan tages op, ligesom familierne kan inviteres ind i det tværfaglige samarbejdsforum. Det er erfaringen, at udviklingen af klare arbejdsgange og en fast kadence for mødeafviklingen på et organisatorisk niveau understøtter brugen af det tværfaglige forum. Den faste mødekadence medvirker til, at de forskellige faggrupper opbygger kendskab til og forståelse af hinandens kompetencer og indsatser og løbende bliver bedre til at se mulighederne i det tværfaglige samarbejde. Samarbejdet understøtter samtidig en mere koordineret og sammenhængende indsats til familierne. Ligesom en bred tværfaglig organisering styrker en helhedsorienteret tilgang, idet forskellige faggruppers perspektiver bidrager med flere nuancer, og familiens situation afdekkes dermed hele vejen rundt. Dette er med til at kvalificere indsatsen og understøtte, at den mest hensigtsmæssige indsats kan iværksættes. Endelig medvirker den tværfaglige organisering til, at indsatser kan igangsættes hurtigt. Ledelsesmæssig prioritering af det tværfaglige samarbejde og beslutningskompetence blandt medarbejderne i teamet er centralt for en hurtig og smidig indsats.

Kommunerne under model B har arbejdet med at udvikle et fælles koncept for hjemmebesøg til alle familier i forbindelse med barnets start i dagtilbud. Kommunerne har primært erfaring med overgangen fra hjem til dagtilbud. Et samarbejde mellem involverede sundhedsplejersker og pædagoger om udviklingen af konceptet viser sig i denne sammenhæng at medvirke til et bredt ejerskab. Det er afgørende for, at det fælles hjemmebesøg værdsættes og anvendes.

Derudover har kommunerne som led i omsætningen af model B skullet arbejde med at definere fælles kriterier for sundhedsplejefaglig rådgivning til familier med børn i dagtilbud. Kun én kommune, der indgår i midtvejsevalueringen, har hidtil erfaring med dette. Denne kommune har taget afsæt i et fælles kategoriseringsredskab for børn i forskellige positioner. Det er dog først og fremmest det styrkede kendskab og samarbejde mellem dagtilbud og sundhedspleje, der er opnået i kraft af samarbejdet om at udvikle et koncept for afholdelse af fælles hjemmebesøg, der har styrket en øget inddragelsen af sundhedsplejen til sundhedsfaglig rådgivning og sparring.

---

<sup>2</sup> videobaseret metode vedrørende udviklingsstøttende kommunikation, der har fokus på muligheder frem for begrænsninger.

Under begge modeller er det en del af det tværfaglige samarbejde, at der i det tværfaglige samarbejde implementeres et fælles kategoriseringsredskab. Erfaringerne med dette er fortsat begrænsede. Det er dog særligt børnelinealen og trivselslinealen, der er anvendt. De spæde erfaringer indikerer, at det kræver vedvarende ledelsesopbakning og opfølgning på brugen for at det anvendes i praksis. På områder, hvor det lykkes, viser erfaringerne, at det medvirker til en fælles forståelse af, hvad sårbarhed er på tværs af faglige forståelser.

## 2.6 Fastholdelse og inddragelse af familier

Forældrene er den vigtigste ressource i forhold til at sikre barnets trivsel og udvikling, derfor er det afgørende, at de er medspillere og motiverede for de tilbud eller indsatser, de modtager. Erfaringerne fra projekterne viser, at en anerkendende tilgang med fokus på forældrenes og barnets ressourcer er centralt for at motivere forældrene. Samtidig er gennemsigtighed i indsatsernes formål vigtig for, at forældrene føler sig trygge. Endelig er det erfaringen, at forældrene skal kunne identificere sig med den øvrige målgruppe i de tilbud, de modtager, for at de er motiverede for at deltage i tilbuddet.

## 2.7 Drivkræfter og barrierer i omstillingen af praksis

På tværs af kommunerne i midtvejsevalueringen er der identificeret nogle centrale drivkræfter og barrierer for omstillingen af deres praksis. Disse er skitseret nedenfor.

- **Klare arbejdsgange og retningslinjer for håndtering og handlemuligheder understøtter brugen af de fælles screeningsredskaber**  
Det understøtter implementeringen og bidrager til en ensartet praksis i brugen af de fælles screeningsredskaber, når der er tydelige retningslinjer og arbejdsgange, herunder tydelige handlemuligheder ved identificeret behov.
- **For at sikre en ensartet tilgang og implementering af modellerne i praksis er det vigtigt med inddragelse, løbende samskabelse og sparring om indhold, forståelse og arbejdsgange.**  
Inddragelse af relevante medarbejdere og aktører i udarbejdelse af indhold er med til at skabe ejerskab og en fælles forståelse for mål, indhold og tilgang. Dertil giver det mulighed for løbende sparring og anledning til drøftelse af tvivlsspørgsmål i brug af redskaberne eller tilgange. Det understøtter en fælles forståelse og kvalificerer anvendelsen af redskabet.
- **Opbakning fra ledelse og prioritering af tid og ressourcer til de nye arbejdsopgaver er centralt for at lykkes med implementeringen**  
Det er afgørende for at prioritere nye tiltag og arbejdsgange, at der er ledelsesmæssig opbakning i form af allokeret tid og ressourcer til at prioritere eksempelvis det tværfaglige samarbejde.

### 3. BAGGRUND FOR KOMMUNERNES DELTAGELSE

I dette kapitel præsenteres afsættet for den udviklingsproces, der er igangsat i de 17 kommuner. Først beskrives det kort, hvad der har været kommunernes motivation for at deltage i udviklingsprojektet. Herefter beskrives det organisatoriske afsæt i kommunerne for at indgå i projektet. Dette særligt med fokus på at beskrive kommunernes erfaring med, hvordan et udviklingsprojekt som dette kan understøttes organisatorisk.

#### 3.1 Kommunernes motivation for at udvikle praksis

Kommunernes motivation for at deltage i projektet har været et oplevet behov og lokale udfordringer. Flere kommuner nævner fx behovet for at kvalificere den fælles forståelse i kommunen af, hvad sårbarhed og udsathed er. Det handler blandt andet om at bevæge sig henimod en bredere forståelse af sårbarhed, hvor økonomi og social placering ikke nødvendigvis er afgørende for, om familier er sårbare eller udsatte eller for forældres muligheder for at understøtte deres barns sundhed, trivsel og udvikling. Der bliver derfor peget på et behov for mere systematisk opsporing i *alle* familier, hvor der er fokus på, at der i alle familier kan ske hændelser, som gør, at man i kortere eller længere tid er i en sårbar eller udsat position.

Generelt er behovet for at øge systematikken i sundhedsplejens tilbud også en motivation for flere kommuners deltagelse i projektet. Der bliver peget på et behov for at professionalisere sundhedsplejen, herunder at understøtte en større ensartethed og systematik i de tilbud, familierne modtager fra sundhedsplejersker.

Endelig er flere kommuner motiveret af projektets fokus på at styrke det tværfaglige samarbejde om sårbare og udsatte børn og familier. I flere kommuner har projektet været et velkomment indspark i et eksisterende fokus på at styrke den tværfaglige indsats. Det er fx kommuner, hvor man ikke i forvejen har en stærk tradition for tværfagligt samarbejde og oplever udfordringer med at koordinere indsatser til familier, herunder oplever, at der igangsættes parallelle forløb for familier, eller at familier 'falder mellem to stole'. Det kan også handle om, at fagpersoner mangler indsigt i, hvordan de med fordel kan inddrage og anvende hinandens kompetencer tværprofessionelt, herunder at man oplever at mangle tydelige arbejdsgange for, hvorfor, hvornår og hvordan man inddrager hinanden.

Kommunernes motivation for at indgår i udviklingsprojektet er imidlertid forskellig og afhænger af deres udgangspunkt. Hvor nogle kommuner har oplevet et stort behov for at styrke tværfagligheden, har andre kommuner et stærkt tværfagligt fundament, men oplever i højere grad et behov for at styrke kvaliteten og systematikken monofagligt.

#### 3.2 Det organisatoriske afsæt i kommunerne

Det er forskelligt, hvor beslutningen om at søge deltagelse i projektet er taget, og hvordan man har organiseret ledelsen af projektet. Interviews med projektledere og ledere på tværs af kommuner peger imidlertid på, at netop dét kan have stor betydning for, hvor smidigt udviklingsprocesserne forløber. Særligt i forhold til projektets fokus på at styrke det tværfaglige samarbejde om sårbare familier bliver der peget på, at det har en positiv betydning, hvis der på ledelsesniveau er sikret opbakning til projektet i alle de forvaltninger og afdelinger, som projektet berører. Det vedrører fx, at der tidligt er foretaget en grundig forventningsafstemning om projektets formål, og hvad de enkelte forvaltninger og afdelinger skal og vil bidrage med af ressourcer i projektet.

I alle kommunerne har man organiseret ledelsen af projektet i en tværfaglig styregruppe med deltagelse af ledelsesrepræsentanter for fx sundhedsplejen, myndighedsområdet, PPR osv. Erfaringerne peger på, at de tværfaglige styregrupper er vigtige for at understøtte udviklingsprocesserne. Imidlertid peger erfaringerne også på, at de ikke nødvendigvis er tilstrækkelige, hvis der ikke er en tydelig opbakning til projektet i hele styregruppen.

Ud over tværfaglige styregrupper har flere kommuner med succes organiseret og udviklet projektet med afsæt i tværfaglige arbejdsgrupper eller implementeringsgrupper. Det er typisk grupper, hvor der sidder repræsentanter både fra ledergruppen (fx leder fra sundhedsplejen, leder af myndighed, dagtilbudsleder og lign.) og medarbejdere. Arbejdsgrupperne har en udførende funktion, idet de er centrale i forhold til at udvikle og sparre i forhold til de initiativer, som igangsættes som led i udviklingsprojektet. Mange kommuner oplever, at det er en stor styrke at inddrage forskellige faggrupper i udviklingsarbejdet, både fordi det skaber ejerskab af projektet, og fordi det bliver lettere at tage højde for, hvordan nye initiativer skal tilrettelægges, så de bliver meningsfulde for alle de aktører, som er inddraget. Desuden har flere kommuner gode erfaringer med at inddrage mellemledere, afdelingsledere eller teamledere i disse grupper. Det bidrager til, at beslutninger truffet i arbejdsgruppen lettere effektueres i praksis, fordi de er taget sammen med ledelsesrepræsentanter, der har direkte indflydelse på hverdagens arbejdsopgaver og kan sætte fokus på projektets aktiviteter og følge op.

Kommunernes eksisterende organisering opleves også at være betydningsfuld for projektets forløb. I nogle kommuner er sundhedsplejen organiseret i tæt sammenhæng med centrale samarbejdspartnere i projektet, fx i samme forvaltning og i nogle tilfælde også under samme ledelse. Det opleves at være en stor fordel i udviklingen af det tværfaglige samarbejde og tværfaglige initiativer i projektet. Særligt i kommuner, som er mere monofagligt organiseret, har betydningen af tværfaglige styregrupper og arbejdsgrupper, der er dedikerede til projektet, derfor også vist sig særligt centrale for at drive det tværfaglige samarbejde fremad. For projektledere er det centralt at have en stærk tværfaglig ledelsesopbakning for at kunne drive udvikling frem i andre dele af kommunen, end der hvor de selv er forankret. I dette projekt opleves organiseringen af projektet derfor særligt at være betydningsfuld for det tværfaglige udviklingsarbejde.



## 4. NIVEAUINDELING AF SUNDHEDSPLEJENS TILBUD

Som led i satspuljeprojektet skal alle 17 projektkommuner udvikle og implementere en niveauinddeling af sundhedsplejeydelserne på fire forebyggelsesniveauer (jf. boks 1-1). I dette kapitel belyses det, hvorvidt niveauindelingen opleves at bidrage til en styrket vurdering af, hvilke familier der har behov for indsatser ud over universelle tilbud, herunder styrkede vurderinger af, hvornår familier har brug for tværfaglig indsats. Kapitlet belyser derved, dels om niveauindelingen opleves at bidrage til, at ressourcer anvendes mere målrettet, dels om inddelingen bidrager til at fastholde familierne i tilbuddet.

### 4.1 Status for implementering af niveauindelingen

Når der ses på tværs af de 10 kommuner, som indgår i midtvejsevalueringen, er det tydeligt, at kommunerne bruger niveauindelingen forskelligt. Dette skyldes, at der lokalt har været tvivl om, hvordan niveauindelingen skal fortolkes. Det har ført til misforståelser i måden, kommunerne bruger niveauindelingen på. Det er således i proces både i den enkelte kommune og på tværs af alle kommuner at få en fælles forståelse af niveauindelingen. Niveauindelingen er en væsentlig omlægning af sundhedsplejens tidligere vurderinger af, hvilke familier der har behov for hvilke ydelser. Det er derfor forventeligt, at der kan forekomme misforståelser, og at omlægningen tager tid. Processen for den fælles forståelse af niveauindelingen er således en central del af læringen i projektet, og vil være væsentlig for resten af projektperioden.

Som led i projektet afholdes der hvert halve år et læringsseminar, hvor projektledere og nøglemedarbejdere inviteres til tværkommunale læringsmøder, hvor deltagerne får mulighed for at samle op på erfaringerne fra projektet og dele viden på tværs. I den sammenhæng blev niveauindelingen og erfaringerne med implementeringen af niveauindelingen drøftet på et læringsseminar i marts 2019. Dette har bidraget til en større klarhed om forståelsen af niveauerne.

#### 4.1.1 Indsatsen som styrende for, hvilket niveau familier placeres på

En af de misforståelser, der har været om niveauindelingen, er, at den er blevet betragtet som en måde at kategorisere familier på ud fra deres socioøkonomiske baggrund og sociale placering. Denne misforståelse har haft forskellige konsekvenser. For det første har misforståelsen ført til en forkert brug af kategoriseringen og dermed modstand for at anvende niveauerne blandt sundhedsplejerskerne, fordi de ikke bryder sig om at kategorisere familierne af frygt for stigmatisering. For det andet har det givet anledning til forkert dokumentation af niveauerne, fx når familier i en tværfaglig indsats bliver kategoriseret som niveau 1, fordi forældrene ud fra et socioøkonomisk perspektiv fremstår ressourcerstærke. Det er imidlertid ikke familiernes baggrund, men den indsats og de ydelser, familier har brug for at trives, som er tænkt at være det styrende princip for niveauindelingen. Derved skal niveauindelingen bidrage til et fælles fokus på, at *alle* familier kan være sårbare i perioder af deres liv og have behov for hjælp via en ekstra indsats. I nogle kommuner har man hele tiden haft denne fortolkning af niveauerne, mens den i andre kommuner er blevet rettet ind undervejs. Det har naturligvis betydning for kommunernes erfaringer og oplevelser af at arbejde med niveauindelingen, herunder erfaringer med at arbejde med niveauindelingen som tiltænkt.

#### 4.1.2 Forskellig dokumentationspraksis i forhold til niveauindelingen

De misforståelser, der har været om, hvordan niveauindelingen skal fortolkes og bruges, skaber også forskellig dokumentationspraksis mellem kommunerne. Det er fx forskelligt mellem kommunerne, hvorvidt der er en praksis, hvor familier dokumentationsmæssigt flyttes mellem niveauerne over tid. Hvis familiers problemstillinger forværres, og der er behov for en mere omfattende indsats, flytter familierne niveau. Det er imidlertid forskelligt i kommuner, hvorvidt man tilsvarende ændre familiernes niveau, når de fx ikke længere har brug for ekstra behovsbesøg, eller en tværfaglig indsats er afsluttet med succes. Den forskellige praksis skyldes, at man i nogle kommuner oplever, at det er mest meningsfuldt ikke at flytte familiernes niveau efter endt ind-

sats, fordi man gerne vil synliggøre, hvad der har været brug for af indsats og ressourcer. For andre kommuner opleves det omvendt meningsfuldt at flytte familier mellem niveauer, fordi det giver et her-og-nu billede af de ressourcer, der på et givent tidspunkt er brug for at sætte i spil, for at den enkelte familie kan trives. Sidstnævnte praksis er således, det er tiltænkt af Sundhedsstyrelsen.

Et andet eksempel på at kommunerne fortolker og dokumenterer forskellig, er spørgsmålet om, hvornår indsatser til familier skal kategoriseres på niveau 3. Her eksisterer der en misforståelse i flere kommuner om, at indsatsen skal kategoriseres som niveau 3 i sundhedsplejen, så snart sundhedsplejen henviser til eller inddrager andre fagpersoner. Det kan fx være ved en henvisning til læge eller fysioterapeut. I den forbindelse peger flere kommuner på, at det fører til, at de dokumenterer en meget stor andel af deres familier på indsatsniveau 3. Imidlertid er det alene tanken, at familier skal tænkes som niveau 3 i sundhedsplejen, i de tilfælde hvor en henvisning eller inddragelse af andre fagpersoner også fører til, at sundhedsplejen selv leverer en indsats ud over standardbesøg til familien. Disse eksempler på, at niveauinddelingen misforstås, vidner om, at det fortsat er i proces at implementere og opnå en fælles forståelse og brug af niveauinddelingen i projektkommunerne.

#### 4.2 Oplevet udbytte af at arbejde i niveauer

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

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

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

*"Det med niveauer kvalificerer generelt mit arbejde. For hvis jeg fx kommer hos familien flere gange, så er det måske mere end niveau 2. Det gør, at man bliver bevidst om, at der måske skal ske noget andet, at man måske skal have andre på banen. Hvis man er kommet flere gange hos en familie på niveau 2, skal man*

*overveje, om det er niveau 2. Man kan også bedre overtage fra hinanden og fagligt bliver vi skarpere.” - sundhedsplejerske*

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

#### Boks 4-3: Niveauinddeling understøtter en fælles differentieret forståelse af familier

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

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

### 4.3 Understøttende tiltag til implementering af niveauinddelingen

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

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

## 5. PROJEKTMODELLER OMSAT TIL PRAKSIS

I dette kapitel beskrives kommunernes erfaringer med at omsætte projektmodellerne i den lokale praksis. Kapitlet er bygget op således, at vi først beskriver, hvordan kommunerne arbejder med at styrke den tidlige opsporing og målretning af indsatser monofagligt i sundhedsplejen (model A). Herefter følger beskrivelser af, hvordan kommunerne har omsat de tværfaglige elementer i både projektmodel A og B. På tværs af kommuner er der en tendens til, at omstillingsprocessen er startet nedefra og op i projektmodellerne. For midtvejsevalueringen betyder det, at der er gjort flest erfaringer med at omstille praksis på niveau 1 og 2 og til dels niveau 3. Det har således betydning for tyngden i evalueringen og erfaringsniveauet med de forskellige niveauer.

### 5.1 Styrket opsporing af sårbare og udsatte familier i almenindsatsen

Som led i omstillingen arbejder kommunerne under model A med at styrke den opsøgende indsats fra sundhedsplejen gennem brug af fælles metoder til at opspore sårbare børn og familier. Alle kommuner har i denne sammenhæng indført fælles screeningsværktøjer på standardbesøg, ligesom flere kommuner har fået midler til at afholde flere obligatoriske besøg i alle familier. Omstillingen har således fokus på at udvide og kvalificere det universelle standardtilbud, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger<sup>3</sup>.

#### 5.1.1 Systematisk opsporing via ADBB

Alle kommuner, der arbejder med model A, har fået midler til at opkvalificere sundhedsplejersker i at anvende Alarm Distrees baby scala (ADBB)<sup>4</sup> som fælles screeningsredskab på deres standardbesøg. Sundhedsplejerskerne er certificeret i brugen af ADBB gennem fælles undervisning og eksamen, hvor udvalgte samarbejdspartnere i nogle kommuner desuden har deltaget på såkaldte 'kolde pladser' for at få indblik i redskabet og forståelse af brugen af redskabet.

Screeningen med ADBB er blevet indarbejdet som en fast del af standardhjemmebesøgene i de fleste kommuner, og der er dermed en klar systematik for, hvor ofte screeningen skal gennemføres, omend det varierer fra kommune til kommune.

Erfaringerne med ADBB er entydigt positive på tværs af kommuner og alle organisatoriske niveauer. Sundhedsplejerskerne oplever, at brugen af screeningsredskabet højner deres faglige niveau. Sundhedsplejerskerne uddyber, at de otte områder, som undersøges gennem ADBB, ikke er nye i sundhedsplejerskernes faglige vurdering af barnets trivsel og sociale kontakt, omend nogle sundhedsplejersker giver udtryk for at have fået nye opmærksomhedspunkter i deres opsporende arbejde. Redskabet bidrager derimod til en øget systematik i den faglige vurdering, idet alle otte områder bliver gennemgået hos alle børn. Den systematiske brug af redskabet bidrager dermed til, at små tegn på mistrivsel identificeres tidligt, og sundhedsplejerskerne får øje på ting, som de ikke nødvendigvis ville have identificeret førhen. Derudover har ADBB bidraget til, at sundhedsplejerskerne har fået en fælles sproglig referenceramme for deres vurderinger og bemærkninger.

*"Når jeg tidligere har stået og tænkt, hvad er der på spil her, hvorfor har jeg ikke ro i maven, så har det givet et sprog. Det er lettere tilgængeligt at tale med familien om, hvad jeg ser hos deres barn. Mere systematisk. Vi kigger stadig efter det samme, men sproget og forståelsen er mere ens." – sundhedsplejerske*

<sup>3</sup> Vejledning om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. Sundhedsstyrelsen, 2011

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

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

#### Boks 5-1: Screeningsredskab understøtter en fælles sproglig referenceramme og mulighed for professionel sparring

Der er enighed blandt sundhedsplejerskerne og de ledende sundhedsplejersker om, at ADBB har givet et fælles og mere nuanceret sprog for de adfærdsområder, som barnet vurderes på. Det har givet dem en **fælles sproglig referenceramme** for det, der tidligere har været faglige skøn og fornemmelser. Den fælles sproglige referenceramme understøtter muligheden for **faglig sparring**, hvilket bidrager til en **større sikkerhed** i sundhedsplejerskernes vurdering. Arbejdet med det fælles screeningsredskab kvalificerer dermed det opsporende arbejde.

*"Alle er enormt glade for ADBB. Det, der før har været observationer, er der nu kommet ord på. Det har hjulpet til præcision. Det har samtidig givet mulighed for diskussioner om indhold, mere fagsprog og mere nuancering. Det er blevet lettere for dem at tale internt og med familierne. Det, der før har været udtrykt som mavefornemmelser, er nu blevet mere objektivt og eksplicit." – ledende sundhedsplejerske*

Den fælles sproglige referenceramme gør det samtidig lettere for sundhedsplejerskerne at sætte ord på og involvere forældrene mere i de tegn og mulige bekymringer, de observerer. Det styrker rådgivningen og vejledningen af forældrene, fordi det bliver mere konkret at tale om, hvad de observerer hos barnet.

*"Det, jeg hører fra sundhedsplejerskerne, er, at det er et spændende værktøj, fordi den 'gefühl', de oplever, kan de nu sætte ord på. Nu er vi mere konkrete på, at det er øjenkontakten og det og det og det, vi skal være opmærksomme på og italesætte overfor forældrene." – ledende sundhedsplejerske*

Endelig oplever sundhedsplejerskerne, at den sproglige referenceramme har givet dem et sprog i dialogen med samarbejdspartnere. Det har gjort det lettere at overlevere viden og sparre om eventuelle udfordringer. Det, der tidligere var faglige skøn, er blevet mere objektivt og dermed nemmere at italesætte overfor samarbejdspartnere. Samtidig er det sundhedsplejens oplevelse, at det, at vurderingerne er baseret på et valideret redskab, har styrket observationernes legitimitet overfor samarbejdspartnerne. Samarbejdspartnerne anerkender ligeledes, at det er blevet tydeligere for dem, hvilke faglige observationer der ligger bag sundhedsplejerskernes vurderinger.

*"Det er tydeligere for os [red: samarbejdspartnerne], at der ligger faglige overvejelser bag. Det var der selvfølgelig også før, men det er tydeligere nu, at de systematisk har kigget." – samarbejdspartner*

I kommunerne, hvor udvalgte samarbejdspartnere har deltaget i dele af undervisningen på såkaldte kolde pladser<sup>5</sup>, uddyber de yderligere, at deltagelsen i høj grad har styrket den fælles sproglige referenceramme og forståelse af indholdet og de konkrete adfærdsområder, der belyses. Det skaber en grundlæggende forståelse af sundhedsplejerskernes faglighed, en styrket fælles forståelse af tidlige tegn på sårbarhed og bedre forudsætninger for det tværfaglige samarbejde.

På spørgsmålet om, hvorvidt sundhedsplejen oplever at opspore flere børn grundet ADBB, er svaret dog mindre klart. Det afhænger af målgruppen. Den systematiske screening med ADBB bidrager ifølge ledende sundhedsplejersker og sundhedsplejersker til, at der identificeres flere tidlige tegn på mistrivsel eller social tilbagetrækning og skaber særlig værdi i forhold til de små

<sup>5</sup> Kolde pladser er deltagelse i uddannelsen/undervisning, men uden certificering.



justeringer i forældre/barn-relationen. Der er imidlertid ikke en oplevelse i kommunerne af, at man opsporer flere af de børn, der ligger over cut-off, idet det er opfattelsen mange steder, at disse børn også ville blive fundet uden redskabet. Det er derfor særligt i den tidlige opsporing, at ADBB opleves at have stor værdi.

*"Jeg tror kun, at vi har fundet én over cut-off. Man finder ikke så mange, [...] men man vil helt klart opspore nogle signaler, fx dårlig øjenkontakt eller begrænset bevægelighed. Jeg tror, at det hjælper rigtig meget til den tidlige indsats."* – ledende sundhedsplejerske

### 5.1.2 Øget systematik i brugen af EPDS og Gotland

Få kommuner har som led i projektet implementeret Edinburgh postnatale depressionsscore (EPDS)<sup>6</sup> eller Gotland Male depression scale (Gotland)<sup>7</sup> og certificeret medarbejderne i brugen af redskaberne. Det skyldes blandt andet, at redskaberne var mere udbredte og derfor i forvejen anvendt ved mistanke om fødselsdepression hos forældrene. Igennem projektperioden har der dog været fokus på at bruge redskaberne mere systematisk, blandt andet ved at indlægge brugen af redskaberne systematisk på bestemte besøg, ligesom der har været et øget fokus i nogle kommuner på i højere grad at screene fædre.

I kommunerne, hvor der har været fokus på at sikre en mere systematisk brug af screeningsredskaberne, er erfaringen på samme måde som ved ADBB, at den systematiske brug skærper fokus og bidrager til, at der i højere grad opspores tidlige tegn på fødselsreaktioner hos forældrene. Dette fordi man nu i højere grad også får blik for de forældre, som ikke udviser synlige symptomer.

I de kommuner, hvor der har været et skærpet fokus på at screene fædre for efterfødselsreaktioner, opleves en mere systematisk screening tilsvarende at understøtte et øget fokus på fædre som en gruppe, der også kan være sårbare i forbindelse med, at de bliver forældre. I den sammenhæng oplever sundhedsplejerskerne, at screeningsredskaber er særligt gode til den tidlige opsporing af mindre eksplicite signaler eller tegn.

*"Der var fx en far, der scorede sådan, at jeg tænkte, at jeg skulle være mere opmærksom. Så på den måde kan det give noget. Jeg var lige ved at falde ned af stolen, da jeg læste, at han havde gjort tanker om at skade sig selv. Der blev jeg lidt paf, så på den måde fik jeg skærpet min opmærksomhed, også selvom han ikke scorede 12."* – sundhedsplejerske

I flere kommuner har man for at understøtte et øget fokus på fædre afholdt fælles temadage, hvor Svend Aage Madsen har holdt oplæg om temaet for sundhedsplejerskerne. I den forbindelse har det været centralt at skabe opmærksomhed på, hvor udbredt problemet også er blandt fædre samt at give sundhedsplejerskerne tilgange til at møde fædre og tilbyde screeninger. Erfaringen er, at det kan være vanskeligt for sundhedsplejerskerne at formidle og begrunde screeningen overfor mænd, hvilket kan være en barriere for sundhedsplejerskerne, som det er særdeles relevant at arbejde med i resten af projektperioden.

### 5.1.3 Understøttende tiltag for implementeringen af fælles screeningsredskaber

I arbejdet med at implementere og opnå det fulde udbytte af fælles screeningsværktøjer i sundhedsplejen bliver der imidlertid også peget på en række centrale opmærksomhedspunkter. For det første peger erfaringer på, at det er centralt, at den styrkede opsporing vha. fælles screeningsredskaber følges af klare og tilgængelige handlemuligheder, når sundhedsplejerskerne opsporer noget, der bekymrer. Det har enkelte steder været en udfordring, at sundhedsplejersker-

<sup>6</sup> Edinburgh postnatale depressionsscore (EPDS) er et spørgeskema, som er lavet for at opdage patienter med depression efter fødsel (fødselsdepression).

<sup>7</sup> Gotland Male depression scale er et spørgeskema, der er udviklet for at opspore efterfødselsreaktioner blandt mænd.

ne ikke oplever at have tilstrækkelige tilbud at henvise til eller redskaber til selv at håndtere og iværksætte en indsats, når de opsporer bekymringer. Det kan fx gælde målrettede indsatser til mænd med fødselsdepression.

I nogle kommuner har man arbejdet meget systematisk med at skabe tydelige retningslinjer for, hvad sundhedsplejerskerne skal gøre, afhængig af den scoring de foretager. Fx har man i nogle kommuner udarbejdet flowcharts, der giver sundhedsplejerskerne klare retningslinjer for, hvad de enten monofagligt eller tværfagligt skal sætte i værk ved forskellige scorere. Det understøtter en ensartet praksis overfor familierne og målretter brugen af de tilbud, der er tilgængelige i kommunen.

I arbejdet med at implementere nye screeningværktøjer peger erfaringerne fra kommunerne på, at det er vigtigt at understøtte den løbende implementering og kvalificering af måden, der arbejdes med et nyt redskab på. Således opleves det ikke at være tilstrækkeligt, at sundhedsplejerskerne alene deltager i kompetenceudvikling. For at sikre transfer, hvor ny viden indarbejdes i den daglige praksis, er det samtidig vigtigt at skabe løbende rum for sparring. Dette understøtter, at redskabet kommer ud og lever i praksis. Det skyldes, at sparringsrummet giver mulighed for at drøfte tvivlsspørgsmål i brug af redskaberne, og giver anledning til i fællesskab at gennemgå konkrete cases. Dermed kan sparringen bidrage til, at anvendelsen af redskabet løbende tilpasse og kvalificeres. Flere kommuner har understøttet sparrings- og læringsrummet ved brug af video- eller casemateriale. I disse kommuner er det erfaringen, at sparringen er central for at skabe en ensartet og kvalificeret tilgang til at anvende redskabet og samtidig fastholde sundhedsplejerskerne i at bruge det i deres praksis.

#### 5.1.4 Styrket opsporing via udvidet standardtilbud og udvikling af kvalitetsstandarder

Ud over at implementere nye screeningsredskaber eller at implementere en mere systematisk brug af eksisterende redskaber har flere kommuner også haft fokus på at styrke den tidlige opsporing og indsats ved at kvalificere indholdet af sundhedsplejens standardtilbud. Det handler om, at nogle kommuner har fået midler til at indlægge ekstra besøg hos alle familier, og at man i nogle kommuner har arbejdet med at beskrive kvalitetsstandarder for de universelle tilbud fra sundhedsplejen. Dette med henblik på at sikre en større systematik og ensartet kvalitet i de tilbud, alle familier modtager fra sundhedsplejen.

På tværs af projektkommunerne har flere søgt midler til at indlægge eller videreføre graviditetsbesøg hos alle gravide/par. Både i de kommuner, der som noget nyt har fået mulighed for at tilbyde graviditetsbesøget og i de kommuner, hvor det videreføres, er der stor begejstring for graviditetsbesøget. Sundhedsplejerskerne oplever, at de via graviditetsbesøget får mulighed for at lære forældrene langt bedre at kende, inden et nyfødt barn får det primære fokus på deres besøg. Sundhedsplejersker fortæller om, hvordan det bidrager til, at de får en bedre dialog med forældrene og langt større indsigt i eventuelle problemer eller bekymringer hos forældrene tidligere. Det hjælper sundhedsplejerskerne til at tilrettelægge en mere individuel vejledning af forældrene fremadrettet, enten i egen indsats til familien eller med inddragelse af andre fagpersoner tidligt, hvor der er et behov. Centrale emner i graviditetsbesøget er fx tilknytningsadfærd, forældredannelse, parforhold, om den sociale situation i familien er tryk samt mulighed for støtte fra netværk. Derudover er opsporing af psykisk sårbarhed hos forældre et hyppigt tema, og nogle kommuner har indlagt tidlig screening for fødselsdepression i graviditetsbesøgene.<sup>8</sup>

Hvor der er bred enighed i de adspurgte casekommuner om, at graviditetsbesøgene bidrager til tidlig opsporing og målrettet indsats, er det mindre entydigt, at det også gør sig gældende for 15-18 måneders besøget. Det skyldes, at kommunerne på nuværende tidspunkt i dataindsamlingen

<sup>8</sup> Det må bemærkes, at EPDS ikke er et valideret screeningsredskab til screening for depression under graviditeten.

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

gen kun har begrænset erfaring med 15-18 måneders besøget, og at nogle kommuner endnu ikke er gået i gang med at udvikle disse besøg. Erfaringerne hidtil viser, at besøget opleves at være godt i de familier, hvor der er et fortsat behov for vejledning i forhold til forældreevne, tilknytning til barnet eller om barnets sundhed. Ligesom der gives enkle eksempler på, at man opsporer familier, hvor der med fordel kan inddrages tværfaglige samarbejdspartnere. Flere sundhedsplejersker giver dog også udtryk for, at de kommer i mange familier, hvor forældrene er på rette spor, eller hvor udfordringer er opdaget tidligere, og hvor besøget derfor har mindre betydning. Den videre afprøvning af 15-18 måneders besøget vil blive fulgt i den resterende projektperiode, hvorefter erfaringerne hermed vil blive indsamlet. Både for graviditetsbesøgene og for 15-18 måneders besøgene bliver der i kommunerne peget på, at det er centralt, at nye besøg kommer med klare retningslinjer og forventninger til besøgenes formål og indhold. Derfor opleves det også som en drivkraft, hvis der i kommunerne er blevet arbejdet målrettet med at beskrive kvalitetsstandarder for de nye besøg. Konkret for graviditetsbesøgene er det desuden centralt, at der arbejdes med at sikre tydelige arbejdsgange for henvisning til sundhedsplejen fra fx jordemødre og læger. I nogle kommuner har man oplevet det som vanskeligt at etablere gode henvisningsprocedurer fra jordemødre og læger til sundhedsplejersker. Det skyldes dels manglende kendskab og opmærksomhed på muligheden, dels manglende tid og forskellige procedurer på tværs af kommunerne, der gør det vanskeligt at udarbejde ens retningslinjer for personalet på hospitalerne, der er i kontakt med borgere på tværs af kommunerne.

**Boks 5-2: Pjece om graviditetsbesøg er udarbejdet for at understøtte henvisning fra aktuelle faggrupper**

I Lyngby-Taarbæk Kommune har de udarbejdet en pjece, der beskriver, at sundhedsplejen tilbyder graviditetsbesøg, formålet med og indholdet af besøget. Pjecen deler de ud til jordemødre og praktiserende læger for at understøtte, at der kommer mere opmærksomhed på muligheden blandt de faggrupper, der møder forældrene under graviditeten.

**Sundhedsplejen tilbyder graviditetsbesøg efter 20. graviditetsuge**

Det er af stor betydning at graviditet, fødsel og barsel opleves som en meningsfuld og sammenhængende periode. Sundhedsplejen tilbyder derfor alle gravide et besøg, hvor der er fokus på forælderrollen og tilknytning mellem barn og forældre.

Med graviditeten starter en følelsesmæssig udvikling hos både barn og forældre. Allerede i fosterperioden påbegyndes den vigtige tilknytningsproces mellem barn og forældre. Dette sker gennem de følelser og tanker, forældrene har om det kommende barn. Denne tidlige proces danner grundlaget for udviklingen af en gensidig relation, efter barnet er født.

I besøget anvender sundhedsplejersken "Familiehjulet", se modsatte side. "Familiehjulet" sætter fokus på områder, der er centrale for jeres trivsel og psykiske velbefindende.

Vi bruger "Familiehjulet" som udgangspunkt for at tale om de tanker og følelser, der rører sig i jer, så vi sammen kan afdække ressourcer og udfordringer i forhold til at få barn.

Hvis samtalen viser, at I har behov for et opfølgende besøg, vil der være mulighed for dette.

Du/I vil blive ringet op af en sundhedsplejerske, som vil aftale tidspunkt for graviditetsbesøget.

**Det vil give bedst udbytte, hvis begge forældre kan deltage.**

Graviditetsbesøget vil tage ca. 1 time



Dertil fortæller nogle sundhedsplejersker, at nogle jordemødre oplever graviditetsbesøgene som et udtryk for, at sundhedsplejerskerne træder ind på deres domæne, hvilket ikke er intentionen. Det er derfor også centralt, at der arbejdes med at definere præcist, hvad der er sundhedsple-

jens opgave på de ekstra besøg, og hvordan det skal supplere og ikke erstatte andre fagpersoners arbejde med børn og familier. For inspiration hertil se de to evalueringsrapporter:

- Bedre barselsomsorg for sårbare gravide: <https://www.sst.dk/da/nyheder/2018/kommuner-skaber-bedre-omsorg-for-saarbare-gravide-og>
- Styrket omsorg for udsatte gravide: <https://www.sst.dk/da/nyheder/2017/saerlig-stoette-hjaelper-udsatte-gravide-og-deres-boern>

Boks 5-3: Manual for 15-18 måneders besøg klæder sundhedsplejersker på til at følge og understøtte barnets udvikling og trivsel efter det første år

I Lyngby-Taarbæk Kommune har de udarbejdet en manual til, hvad 15-18 måneders besøget skal indeholde. Det har for mange sundhedsplejersker været nyt systematisk at møde børnene ud over barnets første år. Det har betydet, at de har haft brug for at blive klædt på til, hvad der karakteriserer et barn i den alder. Med afsæt i dette har de gennemtænkt og udarbejdet en manual for, hvad besøget skulle indeholde.

Manualen indeholder dels en række eksempler på nogle indledende spørgsmål til forældrene:

- Hvordan har det været for jer/dig at være familie indtil nu?
- Hvordan vil I/du beskrive dit barn?
- For om, hvordan I/du har den/de bedste tidspunkter med jeres barn – kan du fortælle om en situation? Hvad sker der? Hvad gjorde du/barnet?
- Er der nogle tidspunkter, hvor det er udfordrende for jer/dig at være forældre? Hvad sker der? Hvad gør barnet/du/I?

Dertil indeholder manualen en række emner, som sundhedsplejersken gennemgår:

EMNE	SAMTALEGUIDE	REDSKABER
<b>ADBB-screening</b>	Otte items	Skema/score
<b>Mad</b>	Hvordan fungerer måltider (stemning, samspil)? Fortæl om en situation, hvor det gik godt. Hvad skete der? Hvordan reagerede barnet? Hvad gjorde du?	Kostpjece
<b>Søvn</b>	Hvordan er dit barns søvnrytme (herunder putning)? Fortæl om en situation, hvor det gik godt ...	- Søvnpjece - Døgnhjul - Systematiske spørgsmålstyper i samtalen om barnets søvn
<b>Opdragelse</b>	Hvad er din holdning til opdragelse? Hvilke værdier har du? Rollemodel for barnet? Enighed/uenighed mellem forældre? Håndtering?	Opdragelse med hjertetpjece
<b>Overgange i dagligdagen</b>	Hvordan reagerer dit barn i overgange i forhold til skift af aktivitet i hjemmet/udenfor hjemmet (fx fra ustruktureret til struktureret situation)? Fortæl om en situation, hvor det gik godt ...	Opdragelse med hjertetpjece
<b>Sprogudvikling</b>	Hvordan gør dit barn sig forståeligt? Hvilke ord kan dit barn sige/bruge? Hvordan taler du til/med dit barn? Hvordan opfatter andre barnets kommunikation? Obs! Ordblindhed i hjemmet. Arveligt.	Sprog pjece
<b>Familien/søskende</b>	Hvordan fungerer det for dig/der at være en familie med flere børn?	
<b>Balance mellem familieliv/arbejdsliv</b>	Hvordan oplever du/I balancen mellem familieliv og arbejdsliv?	

Endelig indeholder manualen en beskrivelse af, hvad der kendetegner børn i alderen 15-18 måneder motorisk, sprogligt, socialt, mentalt samt i forhold til mad, tænder, søvn, renlighed.

Manualen har medvirket til, at sundhedsplejerskerne ved, hvad de skal kigge efter på besøget og sikrer ensartethed overfor alle familier.

På lignende vis har nogle kommuner arbejdet med generelt at beskrive kvalitetsstandarder for alle sundhedsplejens besøg. Det gøres for at understøtte systematikken og ensartetheden i det tilbud, familier får fra sundhedsplejen. Derved understøttes en systematik for formålet med de enkelte besøg, konkrete beskrivelser af centrale temaer i besøgene, herunder evt. redskaber og metoder, som skal anvendes. Desuden defineres fælles forventninger til, hvad der skal kendetegne familien og barnet på tidspunktet for besøget og konkrete muligheder for yderligere indsats både monofagligt og tværfagligt, hvis sundhedsplejen finder noget af bekymring. Det er meget



forskelligt mellem sundhedsplejerskerne, hvordan de oplever denne standardisering af deres arbejdsopgaver. Størstedelen af sundhedsplejersker oplever, at det skaber en tryghed i, at de husker alt og dermed kvalificerer deres praksis. Mens andre kan opleve, at standardiseringen kan være snærende for deres faglighed og frihed. Erfaringen er i denne sammenhæng, at det er vigtigt, at alle sundhedsplejerskerne føler sig hørt, og oplever at kvalitetsstandarderne giver mening. I nogle kommuner har de understøttet dette ved gentagne gange at gennemarbejde kvalitetsstandarderne på teammøder og lignende. Det bidrager til en fælles forståelse af formålet med besøgene og bidrager til, at sundhedsplejerskerne oplever indholdet som meningsfuldt. Imidlertid peger ledere på, at der er en tendens til, at tilbuddene, familier modtager, bliver meget forskelligartede, hvis ikke der er en fælles ramme og forventning til indholdet.

## **5.2 Målrettet anvendelse af monofaglige behovsydelser**

Som en del af omstillingen arbejder kommuner under projektmodel A med at udvikle og afprøve faste kriterier for aflæggelse af behovsbesøg hos familier med behov af sundhedsfaglige karakter, hvor sundhedsplejens universelle tilbud ikke er tilstrækkelige.

### **5.2.1 Fælles kriterier for behovsbesøg**

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

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

#### Boks 5-4: Eksempel på arbejdet med at udvikle fælles kriterier for behovsbesøg

En kommune fortæller om, hvordan de på en temadag har samarbejdet om at definere meget klare kriterier for aflæggelse af behovsbesøg. Her har man med afsæt i de problemstillinger, man hidtil har dokumenteret som grund for at aflægge behovsbesøg, drøftet med hinanden, hvilke tegn sundhedsplejerskerne skal se, før der kan aflægges et ekstra besøg. Centrale problemstillinger, der kan udløse et behovsbesøg, er fx udfordringer med amning, ernæring, søvn, et uroligt barn, motoriske udfordringer, udfordringer i kontakten, usikre forældre osv. For alle disse problemstillinger har kommunen yderligere defineret konkrete tegn, som skal være til stede, før der kan aflægges et besøg. Problemstillinger og tegn er blevet opstillet i en skematisk oversigt til brug for sundhedsplejen. Derudover har man defineret, hvilken indsats sundhedsplejen selv kan levere på et behovsbesøg inden for de forskellige problemstillinger, samt hvilke henvisningsmuligheder der findes.

Yderligere fremgår det af de retningslinjer, som er blevet formuleret i kommunen, hvor mange behovsbesøg sundhedsplejerskerne kan aflægge i den samme familie, før de skal søge faglig sparring hos deres leder eller tværfaglig sparring i småbørnsteamet. Endelig har man i retningslinjerne forsøgt at indarbejde en større refleksion over, hvorvidt det altid er nødvendigt at foretage et fysisk besøg hos familierne, eller om der er tilfælde, hvor den ekstra opfølgning uden problemer kan klares telefonisk eller i den åbne konsultation, der er tilgængelig for alle forældre i nogle kommuner.

De nye kriterier for behovsbesøg er kun begyndende implementeret i kommunen. Alligevel fortæller sundhedsplejerskerne, at de allerede nu oplever en forandring. De oplever, at arbejdet med at definere kriterier for behovsbesøg har skærpet deres faglige refleksion over, hvornår og hvor meget de kommer hos familierne. Herunder at det har skabt en større refleksion over, hvorvidt det er nødvendigt med et fysisk besøg i familien, eller om opfølgning og vejledning kan ske over telefon.

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

Det er imidlertid heller ikke alle kommuner, som på nuværende tidspunkt har defineret meget klare kriterier for behovsbesøg. I nogle kommuner opleves det at være vanskeligt at sætte behovsbesøgene på formel, fordi de opleves at kunne udløses af mange forskellige behov i familierne. I disse kommuner har man derfor særligt haft fokus på at begrænse antallet af behovsbesøg ved at udarbejde retningslinjer, der sætter grænser for antallet af behovsbesøg, inden sundhedsplejerskerne skal sparre med en kollega eller den ledende sundhedsplejerske. Derved forsøger man at sikre, at der løbende stoppes op og reflekteres over, om behovsbesøg er det rigtige tilbud for familien, eller om der er behov for inddragelse af andre fagpersoner. De adspurgte sundhedsplejersker oplever, at rammerne for besøgene er en god hjælp, idet det blandt andet bidrager til en større opmærksomhed på, at de ikke fortsætter med behovsbesøg for længe uden at reflektere over, om behovsbesøgene reelt kan løse problemet. Det bidrager således til en mere målrettet brug af ydelserne.

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

### **5.3 Udvikling af det tværfaglige samarbejde om sårbare og udsatte familier**

Udvikling af det tværfaglige samarbejde om sårbare og udsatte børn og familier er centralt både for kommuner i model A og kommuner i model B. I model B har kommunerne fokus på at udvikle samarbejdet mellem sundhedsplejen og dagtilbud, både om tilbud rettet mod alle familier i forbindelse med børns overgange og om fælles opsporing og tilbud til familier i dagtilbud med udfordringer af sundhedsfaglig karakter. Derudover har både model A- og model B-kommuner fokus på at styrke det tværprofessionelle samarbejde om familier, der enten har behov for en afgrænset, korterevarende tværprofessionel indsats eller om familier, hvor der er iværksat foranstaltninger. Dette afsnit indledes med en beskrivelse af de tværfaglige tilbud mellem sundhedsplejen og dagtilbud, der er udviklet i projektmodel B (niveau 1 og 2). Dernæst udfoldes arbejdet med at styrke det tværfaglige samarbejde om familier med behov for afgrænset eller længerevarende tværprofessionel indsats (niveau 3 og 4), som alle kommuner har fokus på i omstillingen.

#### **5.3.1 Fælles overgangsbesøg til alle familier**

I dette og det følgende afsnit beskrives arbejdet med at udvikle et styrket samarbejde mellem sundhedsplejen og dagtilbud for kommuner i projektmodel B. Som en del af omstillingen har kommunerne arbejdet med at styrke det tværfaglige samarbejde om alle familier i forbindelse med børns overgange. Fælles for kommuner i projektmodel B er, at de er i gang med at udvikle et koncept for fælles overgangsbesøg i forbindelse med børns start i dagtilbud.

### Boks 5-5: Eksempel på koncept for fælles overgangsbesøg

I en kommune har de afprøvet et koncept for overgangsbesøget, der tager udgangspunkt i Socialstyrelsens "Opsporingsmodel" i form af to konkrete redskaber. Det gælder dels *trivselsguiden*, der er et dialogbaseret redskab, der understøtter en fast systematik og opmærksomhed på barnets sundhed, trivsel og udvikling gennem fire dimensioner: mental og emotionel trivsel, kognitiv trivsel, social trivsel og fysisk/sansemotorisk trivsel. Hvis barnet på en af dimensionerne ikke er i trivsel, kræver det systematisk opfølgning. Dels et *overgangsskema*, der bruges til at tage referat fra overgangsbesøget.

#### *Planlægning og ramme for overgangsbesøg*

Forældrene får besked om overgangsbesøget via e-Boks i forbindelse med at de får tilbudt en plads. Herefter ringes de op af dagtilbuddet med henblik på at aftale dato og tidspunkt for overgangsbesøget. Der er en ramme på en time til overgangsbesøget med en fast dagsorden for samtalen.

1. Hvad synes forældrene er vigtigt for pædagogen at vide, når barnet starter i dagpleje/vuggestue? (Sundhedsplejersken kan supplere med det perspektiv, hun har ud fra sit kendskab til barnet).
2. Hvordan trives barnet? Samtalen handler om barnets sundhed, trivsel og udvikling med afsæt i *trivselsguiden* og *overgangsskemaet*.
3. Hvordan de første dage kommer til at foregå, når barnet starter i dagtilbud.

Sundhedsplejersken tager referat undervejs og dokumenterer dette i Novax, hvor *overgangsskemaet* findes. Afslutningsvis læses referatet højt for at sikre, at alle er enig om, hvad der er drøftet på mødet.

I forbindelse med det første overgangsbesøg er det sundhedsplejersken, der i kraft af den etablerede relation til familien, faciliterer samtalen og rammesætter formålet med mødet. Tilgangen til samtalen med forældre på overgangsbesøget er anerkendende og ressourceorienteret.

Forældreinterviews viser, at det er centralt, at sundhedsplejerske og pædagog møder op som et team med fælles formål. Det handler om at komme samtidig, have en fælles dagsorden for overgangsbesøget og en tydelige og aktiv rolle hver især.

Det er dog forskelligt mellem kommunerne, i hvor høj grad de er lykkedes med at implementere de fælles overgangsbesøg i praksis. Det fremgår i den sammenhæng som en central drivkraft for implementeringen, hvis der er opbakning fra ledelsen på tværs af fagområderne, herunder at der prioriteres ressourcer til den ekstra opgave, det er at afholde fælles overgangsbesøg i alle familier.

Derudover viser erfaringerne, at det understøtter implementeringen af de fælles overgangsbesøg, at indholdet udvikles i et samarbejde mellem dagtilbud og sundhedsplejersker. I en kommune har de fx nedsat tværfaglige arbejdsgrupper i de distrikter, som sundhedsplejerskerne er opdelt i. Det betyder, at de sundhedsplejersker og pædagoger, der skal gennemføre overgangsbesøgene sammen, har udviklet indholdet af besøgene. Konkret har det udmøntet sig i guides og retningslinjer for det fælles overgangsbesøg. Igennem den tværfaglige udvikling har de sikret et udbredt ejerskab af indholdet i overgangsbesøgene.

**Boks 5-6: Fælles udviklingsprocesser styrker den løbende professionelle sparring og understøtte en fælles referenceramme**

Nogle kommuner oplever, at udviklingsprocesser, hvor man samarbejder på tværs af fagligheder for at udvikle en fælles praksis, bidrager til, at sundhedsplejersker og pædagoger får øget kendskab til hinanden. Det betyder, at de får en **fælles referenceramme**, hvor de i højere grad har indblik i hinandens kompetencer og arbejdsgange. Både sundhedsplejersker og lederne fra dagtilbud oplever, at fælles udviklingsprocesser desuden bidrager til at styrke den **løbende uformelle sparring** og kontakt mellem forskellige faggrupper, fordi de nu i højere grad har fået ansigt på hinanden.

*"Det med, at vi har lært meget om sundhedsplejerskerne, og de har også lært meget om os. Tværfagligheden er højnet, og vi har fået forståelse af hinandens fagligheder. Vi havde fx et teammøde i morges, hvor vi gerne ville have en sundhedsplejerske med. Så ringede jeg bare lige op og sagde, at vi gerne ville have hende med for at få hendes perspektiv på, hvordan vi kan vinkle den her vej [problematik]. Vi kender bare hinanden. Vi havde også et fint samarbejde før, men bedre nu – bare det hun kommer i vores hus." - samarbejdspartner*

Desuden er det centralt, at de fælles overgangsbesøg udvikles i samarbejde mellem sundhedsplejersker og pædagoger, fordi der derved kan tages højde for de forskellige rammevilkår, de har for deres arbejdsdag. I den forbindelse er det fx et opmærksomhedspunkt, at sundhedsplejerskerne på den ene side er meget selvtilrettelæggende og har stor frihed til selv at planlægge deres hverdag, mens pædagogerne er afhængige af mødetider, åbne- og lukkevagter, og at andre kan tage over, når de skal på overgangsbesøg. Den fleksibilitet sundhedsplejerskerne selv har i deres hverdag, kræver for pædagogerne derfor en højere grad af planlægning og ledelsesmæssig opbakning og prioritering at opnå.

Det oplevede udbytte af at afholde fælles overgangsbesøg er oplevelserne ikke entydigt. På den ene side kan både dagtilbud og sundhedsplejersker se et potentiale i det fælles overgangsbesøg. I dagtilbud er der gode eksempler på, at man via overgangsbesøg får en implicit viden om familierne, som kan være sværere at opnå gennem dialog med forældrene i dagtilbuddet. Det handler dels om, at de som noget nyt kommer ind i familiernes hjem, hvorved de oplever at få en fornemmelse af, hvad der fylder i relationen mellem barn og forældrene, og dermed også hvad der kan bidrage til, at barnet er trygt. Sundhedsplejerskerne oplever ligeledes, at de fælles overgangsbesøg kan være udbytterige, idet de skaber bedre rammer for at overlevere viden om barnet og familierne til dagtilbuddet. Derigennem oplever de at bidrage til at støtte den gode overgang for barnet, som møder et dagtilbud, der har større kendskab til barnets forudsætninger og behov. Sundhedsplejerskerne oplever, at det, at besøget er fælles, er særligt værdifuldt for forældrene, fordi relationen til sundhedsplejersken er tryk. Det skaber derfor en oplevelse af sammenhæng mellem det tilbud, familierne kender hos sundhedsplejersken og det nye tilbud, som barnet skal starte i.

*"Forældrene oplever, at der er en form for enighed, og at vi arbejder sammen om at løfte deres barns udvikling og trivsel. Familierne tager vældig godt imod det [det fælles overgangsbesøg]. [...] Det er selvfølgelig min tolkning, men når forældrene skal til sådan et møde, så kan de godt være nervøse, og så synes de, det er rart, at der er nogen [red. sundhedsplejersker], som de kender. Det skaber gode forudsætninger for, at det bliver et godt møde. Vi [red. sundhedsplejersker] er gennemgående, og det giver trykghed." - sundhedsplejerske*

På den anden side oplever både sundhedsplejersker og ledere fra dagtilbud også, at de fælles overgangsbesøg er ressourcekrævende. For sundhedsplejerskerne kræver det stor fleksibilitet, da besøgene typisk finder sted i ydertidspunkter for at imødekomme arbejdstider i familien. De fælles overgangsbesøg viser sig dog særligt ressourcekrævende for pædagogerne, hvor besøget ude i hjemmene kræver meget koordinering og planlægning. Flere oplever, at det er forbundet med

høje omkostninger at trække en pædagog ud af bemanningen, fordi det kræver vikardækning i tidsrummet. Ledere fra de deltagende dagtilbud er derfor ikke overbeviste om, at udbyttet af overgangsbesøget modsvarer de omkostninger, det er forbundet med.

Forældrene er overordnet tilfredse med de fælles overgangsbesøg. De fremhæver blandt andet, at sundhedsplejerskerne kan være gode til at understøtte, at relevant viden overleveres til dagtilbuddene. Det fælles overgangsbesøg vurderes særligt relevant for nye familier, der ikke i forvejen har børn i dagtilbuddet, mens det for gengangere virker mindre værdifuldt, da de i forvejen kender institutionen og personalet.

Kommunerne har afprøvet det tværfaglige overgangsbesøg i forbindelse med forskellige overgange herunder fra hjem til dagtilbud, vuggestue til børnehave og børnehave til skole. Det er særligt overgangsbesøg fra hjem til dagtilbud, som vurderes relevant, mens overgangsbesøget fra vuggestue til børnehave, særligt i integrerede institutioner, vurderes at være overflødig. Der er endnu ikke gjort mange erfaringer med overgangsbesøg i forbindelse med overgang fra dagtilbud til skole. Det skyldes blandt andet, at kommunerne er startet med at udvikle rammen for overgangsbesøg i forbindelse barnets første overgang, men samtidig også, at skoleområdet har været vanskeligere at etablere et samarbejde med i nogle kommuner. Det kan hænge sammen med, at jo senere i barnets liv, desto mindre er sundhedsplejen kontakt med familien og desto mindre relevant bliver deres deltagelse i overgangen.

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

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

Det er endnu ikke alle kommuner, der har arbejdet med at opstille kriterier for ekstra sundhedsplejefaglig rådgivning i dagtilbud. I en kommune er de dog begyndt at udvikle samarbejdet, her har de taget afsæt i kommunens fælles kategoriseringsredskab og derudfra udarbejdet en guide, der beskriver kriterier og tegn for børn i forskellige positioner. Dertil er der for alle faggrupper udviklet beskrivelser af, hvilke tilbud/indsatser der kan tilbydes til børn i en given position. Der er dermed også defineret nogle overordnede kriterier for, hvornår dagtilbuddene kan inddrage sundhedsplejen til at give ekstra sundhedsplejerådgivning til familier. Ved problemstillinger af sundhedsfaglig karakter kan dagtilbuddene dermed inddrage sundhedsplejen til ekstra rådgivning både af det pædagogiske personale i forhold til at håndtere barnets problemstillinger i dagtilbuddet og af forældrene, så barnets behov støttes bedst muligt i hjemmet. Det er imidlertid en proces at få en guide til at leve i praksis. Der er dog gode erfaringer med, hvordan det styrkede kendskab og samarbejde om at udvikle nye fælles initiativer også gør, at man i højere grad begynder at benytte sig af de muligheder, man har for at inddrage hinanden. Derved er der nogle steder også skabt bedre forudsætninger for, at dagtilbuddene i højere grad efterspørger sundhedsplejerskernes rådgivning ved behov, fordi de har fået øget kendskab til hinanden.

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

### 5.3.3 Udvikling af en fælles sproglig referenceramme gennem fælles kategoriseringsværktøj

På tværs af projektmodellerne er det et mål, at kommunerne implementerer og anvender et fælles kategoriseringsværktøj blandt alle ansatte i kommunen, der arbejder med børn. Dvs. anvender et fælles kategoriseringsværktøj som udgangspunkt for at opnå en fælles sproglig reference-



ramme om børn og familiers trivsel og sårbarhed på tværs af involverede forvaltninger og samarbejdspartnere, samt en målrettet brug af de tildelte ressourcer på området.

Der er stor forskel på, hvor langt kommunerne er i dette arbejde. Nogle kommuner havde allerede inden projektet et fælles kategoriseringsværktøj på tværs af faggrupper, der arbejder med børn, mens andre har udvalgt et som en del af projektet. Det er særligt børnelinealen og trivselslinealen, kommunerne bruger. På tværs af mange kommuner gør det sig dog gældende, at det er vanskeligt at implementere og sikre brugen af et fælles kategoriseringsværktøj på tværs af hele børneområdet. I mange kommuner fortælles der om, hvordan værktøjet bliver aktivt brugt i dele af kommunen, men ikke i andre.

Projektledere, ledende sundhedsplejersker, sundhedsplejersker og centrale samarbejdspartnere peger på en række forhold, som er centrale i det videre arbejde med at implementere et fælles kategoriseringsværktøj. For det første peger de på, at implementeringen kræver vedvarende lederfokus og opfølgning. I flere kommuner er medarbejdere bredt blevet introduceret til det fælles værktøj, men det er særligt i kommuner, hvor der er ledelsesfokus og sikret klare rammer for anvendelsen af værktøjet, at det anvendes i det tværfaglige samarbejde. Fx har man i nogle kommuner gjort det fælles kategoriseringsværktøj til et fast redskab på tværfaglige møder om konkrete børn og familier. Det bidrager til at fastholde et fælles fokus på at anvende det. I flere kommuner har man også fundet det centralt at arbejde med at integrere og oversætte den nye niveauinddeling, som sundhedsplejen arbejder efter, i det fælles tværfaglige kategoriseringsværktøj.

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

#### 5.3.4 Erfaring med tværfaglige småbørnsteam

Som led i projektet skal alle kommuner udvikle eller videreføre et tværprofessionelt småbørnsteam, der kan varetage sårbare børn og familiers behov. Dette med henblik på at skabe en tværprofessionel sammenhæng i indsatsen til familier med såvel akutte, måske midlertidige eller mere langsigtede behov for indsats.

Kommunernes udgangspunkt i forhold til det eksisterende tværfaglige samarbejde har været meget forskelligt. Mens nogle kommuner i forvejen havde tværfaglige småbørnsfora og etablerede samarbejdsstrukturer, har samarbejdet i andre kommuner været meget begrænset og primært båret af relationer. I disse kommuner har organiseringen i tværfaglige småbørnsteam været ny. Erfaringerne varierer derfor mellem kommunerne.

I kommuner, hvor de tværfaglige mødefora er nye, har de arbejdet med at udvikle faste strukturer og rammer for møderne, herunder hvem der leder møderne, dagsordenen, hvilke roller de forskellige aktører har, og hvordan der følges op. Det er erfaringen for nyetablerede tværfaglige teams, at en fast kadence for møderne understøtter, at de forskellige faggrupper løbende udbygger kendskabet til hinanden, styrker forståelsen af hinandens kompetencer og dermed bliver bedre til at se potentialet i det tværfaglige møde, samt hvilke familier der kan have gavn af den tværfaglige indsats.

### Boks 5-7: Forpligtende deltagelse og fast struktur har styrket kendskab og blik for potentiale ved det tværfaglige samarbejde

I en kommune var den tværfaglige mødestruktur ny, og de forskellige faggruppers kendskab til hinanden varierede. De valgte fra start, at møderne skulle afholdes med en fast kadence, og alle faggrupper skulle inviteres. På møderne kunne familier selv henvende sig ved behov, og de forskellige faggrupper kunne ligeledes bringe sager op anonymt eller efter aftale med en familie. I starten oplevede de, at de ikke havde konkrete faglige sager at drøfte. Ved at fastholde møderne, opbyggede de et større kendskab til hinandens faglighed og kompetenceområde, hvormed de fik en bedre forståelse for, hvordan de kunne bruge det tværfaglige forum.

*"Jamen, jeg tror, det er lykkedes, fordi vi har fået at vide, at vi skulle være der fra ledelsen. I starten vidste vi ikke, hvorfor vi var der, men så startede drøftelserne." – ledende sundhedsplejerske*

Det forpligtende samarbejde i småbørnsteamet styrker en fælles og koordineret tilgang overfor familierne, fordi de forskellige faggrupper gennem samarbejdet får øjnene op for, at det er en fælles sag. De forskellige faggrupper oplever, at det styrker kendskabet til andre faggruppers kompetencer og giver relationer, der gør det lettere at tage kontakt også udenfor netværket og dermed understøtter profes-

De tværfaglige teams består typisk af et fast team enten i lokale distrikter eller på kommunalt niveau, i nogle kommuner har de afgrænset det til en fast kerne bestående af fx sundhedsplejerske, PPR, familierådgiver o.l. med mulighed for ad hoc-inddragelse af øvrige samarbejdspartnere såsom fysioterapeuter, audiologopæder, dagtilbud m.fl. Andre kommuner har dog erfaret, at det styrker det helhedsorienterede perspektiv systematisk at inddrage et bredt udvalg af aktører på alle møder. De forskellige faggruppers forskellige perspektiver understøtter et mere helhedsorienteret blik på barnet og familien, fordi alle faggrupper kan byde ind med deres faglige perspektiv. Det kan bidrage til en mere kvalificeret og tidlig indsats til familien, fordi forskellige muligheder er afdækket fra forskellige perspektiver og argumenter er udfoldet.

*"Når der er familier på, som man drøfter, så bliver det meget rundt om bordet, hvad tænker vi her, kunne der være nogen muligheder ift. sundhedsplejersken. Hvad kan de bidrage med, tingene breddes ud. Det lærer man jo noget af. Jeg lærer, hvad kommunen kan byde ind med, jeg ved nu, der findes tilbud, jeg ved også bare hvad en børnefaglig undersøgelse er og kan tale ind i det. Det anede jeg ikke før, nu ved jeg lidt. Det betyder ret meget, det er mere kvalificeret, hvad man gør overfor familierne, hvornår der skal samarbejdspartnere ind over og hvem i givet fald." - samarbejdspartner*

### Boks 5-8: Drøftelser på tværs af forskellige faglige perspektiver styrker en helhedsorienteret tilgang og tydelig rolle og ansvarsafklaring

De tværfaglige småbørnsteam styrker en **helhedsorienteret tilgang** til arbejdet med familierne, fordi forskellige faggrupper systematisk drøfter familiens situation og giver deres forskellige faglige perspektiver derpå. Det bidrager således til **et mere samlet og nuanceret blik** på familien, idet de via de forskellige faggruppers perspektiver kommer hele vejen rundt og kritisk kan udfordre andre faggruppers perspektiver. Det styrker forudsætningerne for, at den mest hensigtsmæssige og målrettede indsats iværksættes. Dertil styrker det forudsætningen for en tydelig **rolle- og ansvarsafklaring**, at alle relevante aktører om en familie er samlet sammen med forældrene og udarbejder en fælles plan for, hvilke handlinger og tiltag der skal iværksættes.

Det er erfaringen, at et godt samarbejde i småbørnsteamet samtidig udgør et godt afsætte for en tværfaglig og koordineret indsats til familier. Afhængig af organiseringen af teamet kan sager efter aftale med forældrene tages op i det tværfaglige mødeforum eller forældrene deltager selv på alle tværfaglige møder, hvor deres sag behandles. I sager, hvor familiens sag drøftes uden forældrenes tilstedeværelse enten med forældrenes samtykke eller anonymt, er det typisk, fordi flere sager drøftes i de bredt forankrede småbørnsteams. I denne sammenhæng drøftes en sag

i det store tværfaglige forum, hvorudfra relevante aktører enten samles til mindre netværksmøder sammen med familien eller planlægger hjemmebesøg hos den enkelte familie. Samarbejdet i småbørnsteamene bidrager til, at der hurtigt kan iværksættes indsatser, fordi de relevante samarbejdspartnere er samlet og har forpligtet sig til samarbejdet om mere komplekse problemstillinger.

#### Boks 5-9: Udvidelse af tværfaglige småbørnsteam styrker tidlig opsporing og handlekompetence

I én kommune havde de tidligere erfaringer med et tværfagligt samarbejde i et småbørnsteam om sårbare gravide. De oplevede dels et stort potentiale ved det tværfaglige samarbejde og den tidlige indsats overfor familierne, men oplevede samtidig en udfordring med at opspore de sårbare gravide, før de havde født, hvilket var et krav for målgruppen. Det betød, at de ønskede at udbrede samarbejdet til flere faggrupper med henblik på at styrke opsporingen, og de ønskede samtidig at udbrede målgruppen til også at rumme børn og familier i udsatte positioner i barnets tidlige år. Som led i projektet udvidede de derfor det tværfaglige småbørnsteam, der i dag består af familierådgiver, socialrådgiver fra voksenafdeling, jobcenter, jordemødre, sundhedsplejersker, ungerådgivningen, PPR og repræsentant fra myndighed.

*"Vi har oprustet vores småbørnsteam. Vi har kvalificeret det ved at få voksenafdeling, PPR-psykolog og faste personer tilknyttet, så vi ved, hvor vi skal gå hen ved behov for en andens faglige syn på sagen. Jeg ved, hvor jeg skal gå hen ved alle sager. På den måde er det en tværfaglig alliance, det er et forpligtende samarbejde lederne imellem. Vi har udplukket de relevante faggrupper." – projektleder*

Det brede samarbejde, særligt med jordemødre, ungerådgivning og jobcenter, har betydet, at de i højere grad formår at opspore de sårbare forældre under graviditeten. Deres oplevelse er, at jo tidligere de kan komme ind og støtte forældrene i forældreskabet, jo mildere og mere forebyggende karakter har indsatserne overfor familierne, i stedet for at de tidligere først mødte familierne, når der var behov for mere indgribende indsatser.

Den tidlige indsats og den forebyggende karakter, som indsatserne i det tværfaglige småbørnsteam har, er samtidig med til at styrke samarbejdet med familierne, fordi det at samarbejde med fx en sagsbehandler fra kommunen afdramatiseres.

*"Vi oplever lettere tilgængelighed hos familierne, vi er ikke længere så farlige. "Er du sagsbehandler, nåh, ser du sådan ud". Jeg er ikke så farlig mere. Når vi kommer sammen med sundhedsplejersken, så er vi ikke så farlige. Vi begynder også at høre familierne sige: "Ja altså, min veninde har fortalt om det her, eller I har hjulpet min søster, kan I også hjælpe mig?" De synes altså selv, at det giver mening og opsøger det. Der er stadig nogen, der siger, du skal ikke komme ind, men de lugter også, at det ikke er så farligt." - projektleder*

Kommunen har samtidig valgt at involvere samarbejdspartnere bredt i kommunen. Det er oplevelsen, at det bidrager til, at der kan handles hurtigt, fordi der samtidig er bred ledelsesopbakning. Dertil er myndighed også repræsenteret i samarbejdet, til trods for at det primære formål med det tværfaglige småbørnsteam er forebyggende indsatser. Deltagelsen fra myndighed betyder dog, at de bliver skarpere på skellet mellem, hvornår der er brug for indsatser af forebyggende karakter, og hvornår der er brug for en indsats fra myndighed. Myndighed har således i høj grad en sparringsfunktion i teamet, idet deres deltagelse giver mulighed for hurtig handling ved brug for mere indgribende instanser.

Småbørnsteamet mødes hver 14. dag. Her kan konkrete sager tages op efter samtykke fra forældrene, og med afsæt i den tværfaglige drøftelse iværksættes og aftales den efterfølgende tværfaglige indsats, der typisk starter med et fælles hjemmebesøg eller et netværksmøde sammen med forældrene, hvor relevante aktører i familiens konkrete sag deltager.

Samarbejdet i småbørnsteamet bidrager til, at de forskellige faggruppers kendskab til hinanden og hinandens kompetencer og indsatsvifter styrkes. Det understøtter den løbende sparring og letter generelt samarbejdet om familierne. Det har samtidig været erfaringen, at det at mødes og drøfte sager på tværs af forskellige faggrupper har medvirket til, at de forskellige faggrupper har fået øjnene op for, at de har et fælles tredje, og at de alle har en fælles ambition om at understøtte barnet og familiens trivsel. Det er med til at styrke den faglige respekt og tillid til andre faggruppers arbejde.

Boks 5-10: Kendskab og tværfaglige samarbejds erfaringer understøtter respekt og tillid til andre faggruppers kompetencer

Når samarbejdet i småbørnsteamene er velfungerende, styrkes kendskabet til hinanden og andre faggruppers kompetencer og indsatsvifte. Det er med til at styrke den **faglige respekt og tillid til andres** arbejde, bl.a. fordi fordomme om andre nedbrydes og det at trække andre faggrupper tidligere ind af-dramatiseres.

*"At mikse fagligheder giver rigtig stor faglig respekt for hinanden, fordomme nedbrydes og barrierer nedbrydes. Og relationer opbygges. Det er ikke let at gå og pege fingre ad hinanden, fordi man har en indsigt." – ledende sundhedsplejerske*

Det gælder sundhedsplejersker, der tidligere har oplevet barrierer ved at inddrage samarbejdspartnere fra kommunen pga. en oplevelse af store kulturelle forskelle i arbejdet med familierne. Oplevelsen var bl.a., at det var meget alvorligt at inddrage kommunen og typisk ensbetydende med en underretning om familierne. Samarbejdet gennem det tværfaglige småbørnsteam har været med til at af-dramatisere de kommunale samarbejdspartneres indsatser, og sundhedsplejerskerne har styrket deres tillid til, at de arbejder for familiens bedste og i fællesskab kan styrke barnets forudsætninger for sundhed, trivsel og udvikling. Ligeledes er det oplevelsen, at samarbejdspartnerne har fået øjnene op for, at sundhedsplejerskerne har en unik relation til familierne, og at deres arbejde med familierne er meget mere vidtgående end blot at følge barnets fysiske udvikling.

### 5.3.5 Udvikling af besøgs pakker målrettet familier med særlige behov

Som led i projektet har kommunerne under model A arbejdet med at udvikle besøgs pakker til familier med problemstillinger opstået i forbindelse med graviditet, fødsel, spæd eller småbarnsalderen. Besøgs pakkerne skal udvikles i henhold til bestemmelser om sundhedsplejens ydelser til børn og unge med særlige behov<sup>9</sup> samt servicelovens bestemmelser om forebyggende tilbud<sup>10</sup>. Besøgs pakkerne kan indeholde både mono- og tværfaglige løsningsfokuserede tilbud med henblik på at kunne skræddersy målrettede ydelser ud fra barnets og familiens konkrete og individuelle behov.

Konkret har nogle kommuner fx defineret besøgs pakker med afsæt i specifikke problemstillinger og skabt overblik over, hvilke tilbud der kan sættes i spil både monofagligt og tværfagligt for familier med bestemte behov. Dette for at gøre det muligt at skræddersy et forløb med afsæt i børn og familiers individuelle problemstillinger. Det er fx til brug for drøftelserne i det tværprofessionelle småbørnsteam, men kan også bruges af sundhedsplejerskerne til at opnå overblik over tilbud i kommunen samt visitationsvejen, hvis familier har behov for en tværfaglig indsats. Erfaringerne med brugen af besøgs pakkerne er, at det giver et fælles overblik over de muligheder der er for familier i konkrete situationer, hvilket understøtter et mere ensrettet tilbud til familierne.

<sup>9</sup> Bekendtgørelse nr. 1344 af 3. december 2010 kapitel 4

<sup>10</sup> Serviceloven LBK nr. 369 af 18/04/2017 § 11, stk. 3

### Boks 5-13: Eksempel på arbejdet med besøgsplaner

I en kommune fortæller projektlederen, at man er gået i gang med at skabe overblik over kommunens tilbudsvifte både monofagligt og tværfagligt og udarbejde besøgsplaner. Det gøres ved at sammensætte besøgsplaner ud fra forskellige problematikker, som familier kan have, herunder kortlægge, hvem der kan bidrage, og hvilke tilbud kommunen har. Det skal understøtte, at det bliver familiernes problemstillinger, der bliver styrende for tilrettelæggelsen af det samlede tilbud. I kommunen er man bl.a. i gang med at sammensætte besøgsplaner til følgende problemstillinger og behov: fx besøgsplaner ved fødselsreaktioner, ved fødsel af et præmaturo barn, ved børn med social tilbagetrækning og ved udfordringer i forælderrollen.

I arbejdet med at sammensætte besøgsplaner er det blevet tydeligt for kommunen, hvad det er for problemstillinger, hvor der mangler tilbud. Det er derfor blevet et vigtigt opmærksomhedspunkt for kommunen at udvikle tilbud, der matcher behovene. Dertil er det et opmærksomhedspunkt, at besøgsplanerne skal være dynamiske og løbende opdateres, når der sker ændringer i kommunens tilbud. Det forudsætter, at aktører i det tværfaglige samarbejde er opmærksomme på at orientere hinanden.

Som en central del af arbejdet med at udvikle besøgsplaner til familier med særlige behov her flere af kommuner arbejdet med at udvikle tværfaglige hjemmebesøg, der skal danne afsæt for en individualiseret og målrettet indsats til familierne. Derudover har flere kommuner uddannet og arbejdet med at bruge Cos-P eller Marte Meo forløb til familier med særlige behov. Erfaringerne med dette udfoldes som særskilte elementer i de følgende afsnit.

#### 5.3.6 Tværfaglige hjemmebesøg

Flere af kommunerne har udviklet og afprøvet fælles hjemmebesøg mellem sundhedsplejersker og sagsbehandlere til familier med brug for kortere eller længerevarende tværprofessionel støtte. Det er forskelligt, hvordan de tværfaglige hjemmebesøg bliver anvendt. Det kan fx være tæt koblet til det tværfaglige børneteam og være en indsats, som igangsættes på baggrund af møder i teamet. Andre steder iværksættes de tværfaglige hjemmebesøg mere ad hoc, fx ved henvendelse til ledelsen, som er koordinerende i forhold til at koble sundhedsplejersker og myndighed sammen. Erfaringerne med de tværfaglige hjemmebesøg er på nuværende tidspunkt meget forskellige mellem kommunerne.

Når de tværfaglige hjemmebesøg lykkes, opleves de at bidrage til en langt tidligere involvering af sagsbehandlere. Flere steder fortæller man om, hvordan man hidtil først har kunne inddrage sagsbehandlere, når der var grundlag for en underretning. Med de tværfaglige hjemmebesøg er det blevet muligt at inddrage dem på et tidligere tidspunkt og dermed forebyggende.

*“Vi har desværre haft et begreb herom, at man skulle have ild i håret, før man gjorde noget fra myndighedsafdelingen. Så når vi er kommet med en mor, som selv har været misbrugt eller har haft angst, og der er nogle sårbarhedsparametre på spil. Det har vi ikke kunnet komme igennem med. Men nu tager de ud på forebyggende hjemmebesøg sammen, så der har været en udvikling.” - projektleder*

### Boks 5-11: Socialrådgiver forankret hos sundhedsplejen styrker det tværfaglige samarbejde og sikrer hurtigere inddragelse af socialrådgivere på hjemmebesøg

I en kommune har de som led i projektet en sagsbehandler i en fremskudt position hos sundhedsplejen fire dage om ugen. Erfaringen er, at det styrker det tværfaglige samarbejde, fordi sagsbehandleren får en solid forståelse af sundhedsplejens praksis, kompetencer og indsatsvifter, herunder hvilke redskaber og fagtermer de arbejder med. Kommunen har god erfaring med sagsbehandlerens tilstedeværelse, der blandt andet har medvirket til en **styrket sproglig referenceramme**, og sagsbehandleren er med til at kvalificere underretninger, så sundhedsplejerskens bekymring overleveres i et sprog, som sagsbehandlerne hos myndighed forstår.

Derudover har den tætte kobling af en sagsbehandler hos sundhedsplejen gjort det mere tilgængeligt for sundhedsplejerskerne at invitere socialrådgiveren med på hjemmebesøg. Det har således styrket den **løbende faglige sparring** og tidlig inddragelse af myndighed ved tvivl, hvilket har været med til at kvalificere, at den mest hensigtsmæssige indsats iværksættes.

*"Vi er glade for at have socialrådgiveren tilknyttet. Hun hjælper dels med at kvalificere vores underretninger, og det er nemmere at trække hende med på hjemmebesøg. Hvis vi fx får en henvisning fra en jordemoder under graviditet, så kan vi let tage socialrådgiveren med på hjemmebesøg. Vi skal arbejde med den brobyggerfunktion [red. at sundhedsplejerske tidligt får inddraget socialrådgiveren], myndighed skal lige så meget i arbejdstøjet som os, det arbejder vi på." – projektleder*

Inddragelse af socialrådgiveren betragtes i kommunen ikke længere som noget dramatisk, hvilket der tidligere kunne være en tendens til. Den tidligere tværfaglige indsats og inddragelse af socialrådgivere betragtes i højere grad som et forebyggende tiltag, og det oplevede udbytte er, at de hurtigere kan lukke sager.

*"Flere sager vi kan lukke hurtigere igen. Hvis vi kommer ind fra starten af, så kan den gravide nå at få tillid til systemet og tillid til, at vi kommer for at hjælpe. Så de vil tage imod hjælpen. På den måde oplever jeg, at vi relativt hurtigt kan afslutte arbejdet med familierne igen, fordi vi kommer tidligt igang. Det*

Nogle kommuner fortæller, at de tværfaglige hjemmebesøg er en god mulighed for, at sundhedsplejerskerne kan få faglig sparring og tidligere kan inddrage sagsbehandlerens blik på, hvad der tværfagligt kan eller skal iværksættes for familierne. Det kan i nogle tilfælde betyde, at man forebygger underretninger, fordi der sættes tidligere ind med en tværfaglig indsats. Men det kan også være sparring, når sundhedsplejersken er i tvivl om, om der skal foretages en underretning. I tilfælde hvor en underretning er nødvendig, kan det fælles hjemmebesøg være mere nænsomt for familierne, fordi det sker gennem sundhedsplejersken, som de oftest har en tryk relation til. Både sundhedsplejersker og sagsbehandlere fortæller, at det er nemmere at etablere et godt samarbejde via hjemmebesøgene.

*"Jeg har et eksempel omkring en sundhedsplejerske, som var bekymret for morens ressourcer efter det tredje barn, som kom hurtigt efter det andet barn. Jeg sagde, at vi skulle komme på besøg, og moren var i panik over det ... Moren blev langt om længe overtalt til, at jeg måtte komme med. Moren fik ansigt på mig, og så var det ikke et problem. Vi fik en kontakt, som gjorde en forskel, og der blev lavet en nænsom underretning." – sagsbehandler*

I kommuner, hvor de fælles hjemmebesøg er et nyt initiativ, arbejder de med at finde en fælles form på besøgene. I den sammenhæng peger erfaringerne på, at det er vigtigt at etablere en fælles ramme for besøgene, der sikrer en gensidig forståelse mellem sundhedsplejersker og sagsbehandlere af, hvordan besøgene skal afholdes, herunder en systematik for planlægning, afholdelse og opfølgning på besøget. Nogle steder udvikles de tværfaglige hjemmebesøg gennem en fælles drøftelse af cases, hvor hjemmebesøg hhv. er lykkedes eller har været udfordrende.



Det bidrager til en fælles ramme for besøgene, hvor både sagsbehandlere og sundhedsplejersker er med til at definere indholdet.

Boks 5-12: Fælles hjemmebesøg understøtter en fælles referenceramme, en helhedsorienteret tilgang og adgang til sparring

Når sundhedsplejersker og sagsbehandlere får en øget mulighed for at samarbejde via fælles hjemmebesøg, opleves det at være en af de drivende kræfter for at opnå en **fælles referenceramme** for indsatsen. Det bidrager til, at de får indsigt i hinandens fagligheder og arbejdsgange samt indsigt i de indsatser og tiltag, de hver især kan sætte i værk. Desuden opleves hjemmebesøgene at bidrage til en mere **helhedsorienteret tilgang til familierne**, hvor det bliver nemmere at koordinere indsatsen til familien, og at det skaber gennemsigtighed mellem fagpersoner i forhold til det, de hver især sætter i værk.

Endelig peges der på, at vellykkede hjemmebesøg er en god strukturel ramme for at sikre **professionel sparring** mellem sundhedsplejersker og sagsbehandlere. Der er imidlertid også gode eksempler på, hvordan det over tid også glider over i mere uformel sparring på tværs af fagene, fordi sundhedsplejersker og sagsbehandlere får kendskab til hinanden og bliver mere tilbøjelige til at kontakte hinanden.

### 5.3.7 COS-P forløb til familier med særlige behov

Kommuner under begge projektmodeller har som led i projektet uddannet sundhedsplejersker og udvalgte samarbejdspartnere i familiebehandlingsmetoden COS-P, der skal fremme en god og tryk tilknytning mellem barn og forældre. COS-P forløb tilbydes dels til familier på niveau 2 som et monofagligt tilbud i sundhedsplejen, samt til familier på niveau 3, hvor det udbydes både som et mono- og tværfagligt tilbud. Derudover har andre kommuner i forvejen tilbudt COS-P, hvor de igennem projektet har arbejdet med at udbrede kendskabet til tilbuddet.

Erfaringerne med COS-P som familiebehandlingsmetode er overvejende positive både blandt sundhedsplejersker, samarbejdspartnere og forældre. Sundhedsplejersker oplever, at det har givet dem en konkret tilgang og struktur til at understøtte en god og tryk forældre-barn relation. Det fremhæves i den sammenhæng som en motiverende faktor, at tilgangen er evidensbaseret og bygger på teori, idet det kvalificerer sundhedsplejerskernes faglighed i forhold til forældre med udfordringer ift. tilknytning og relations dannelse til barnet.

*"Det er et redskab, jeg kan bruge, det er ikke bare en sludder for en sladder. Det er en konkret teori." - sundhedsplejerske*

Dertil giver både sundhedsplejersker og samarbejdspartnerne udtryk for, at de kan se, at det giver mening og værdi for forældrene, hvilket styrker deres motivation for tilgangen. Dette understøttes af forældrene, der oplever, at kurset klæder dem bedre på til at forstå og kommunikere med deres barn og gør hverdagsituationer såsom spisning, tandbørstning, mv. lettere at håndtere. Det fremhæves i denne sammenhæng, at det særlige fokus på, hvad forældrene gør godt, styrker dem i forældre rollen.

*"Det giver forældrene en bevidsthed om, at de er normale. Det er ikke dem [forældrene], der er noget galt med, og at det er ikke barnet. De får en anden måde at anskue på barnet." - sundhedsplejerske*

COS-P udbydes i flere kommuner som et tilbud under besøgs pakken målrettet familier med særlige behov på niveau 3. I den sammenhæng har de i flere kommuner uddannet både sundhedsplejersker og socialrådgivere i familiebehandlingsmetoden gennem fælles undervisning. Derudover afholder de i flere kommuner kurset i samarbejde mellem sundhedsplejerske og socialrådgiver. Erfaringen med den tværfaglige undervisning og fælles afholdelse af kurserne er, at det bidrager til en fælles sproglig referenceramme og en fælles metode. Det understøtter samarbejdet om familierne. I nogle kommuner har socialrådgiverne kun deltaget i undervisningen, hvilket

ligeledes styrker en fælles sproglig referenceramme, og styrker samarbejdspartnernes forudsætninger for at præsentere og motivere familierne til at deltage i tilbuddet.

Erfaringerne viser, at det er centralt ift. at motivere forældrene, at tilbuddet præsenteres på en måde, så forældrene kan se, at deres behov imødekommes i tilbuddet, og at de samtidig ikke føler sig stigmatiserede. I en kommune har de gode erfaringer med at udbyde forløbet til alle. Det er oplevelsen, at de gennem denne tilgang når ud til familierne med særlige behov, fordi tilbuddet afdramatiseres, og forældrene ikke føler sig stigmatiserede. Det har samtidig haft en positiv virkning ift. implementeringen af kurset, idet de hurtigere har gjort sig erfaringer med at afholde kurset, og fordi kendskabet til kurset er blevet bredere ud.

Dertil har nogle kommuner også uddannet sundhedsplejersker og pædagogisk personale i Marte Meo, der er en videobaseret metode for udviklingsstøttende kommunikation, der har fokus på muligheder frem for begrænsninger. Erfaringerne indhentet med brugen af Marte Meo metoden er begrænset, hvorfor det ikke belyses yderligere i denne rapport.

#### 5.3.8 Inddragelse af sundhedsplejen i forhold til familier med foranstaltninger

Endelig skal projektkommunerne arbejde med at styrke inddragelsen af sundhedsplejen, når familier modtager foranstaltninger. Dette for at sikre, at der fortsat føres tilsyn med det enkelte barns fysiske og mentale helbredstilstand.

Kommunerne har endnu haft et meget begrænset fokus på denne del af modellerne. Det skyldes, dels at mange af kommunerne er startet med at udvikle praksis nedefra, dvs. med at styrke den tidlige opsporing ved at udvikle de universelle tilbud til alle familier (niveau 1) og med at målrette sundhedsplejens egne ydelser (niveau 2). Desuden har der været fokus på at styrke den tidlige tværfaglige indsats, inden familierne har behov for foranstaltninger. I nogle kommuner skyldes det imidlertid også, at man i forvejen har faste procedurer og arbejdsgange for inddragelse af sundhedsplejen, fx i forbindelse med netværksmøder om familier med foranstaltninger.

I de kommuner hvor inddragelsen af sundhedsplejersker på niveau fire er noget nyt, arbejder de med at etablere arbejdsgange, der sikrer, at sundhedsplejerskerne altid inddrages ved børn med foranstaltninger. I en kommune hjælper sundhedsplejersken samarbejdet om familier på niveau fire i gang ved selv at opfordre myndighed til at inddrage dem, når de sender en underretning. Derved forsøger de at komme væk fra en praksis, hvor sundhedsplejerskerne oplever at blive hængt af, efter de har foretaget en underretning.

Flere kommuner peger dog på, at den generelle styrkelse af det tværfaglige samarbejde har gjort det mere naturligt at inddrage sundhedsplejerskerne, når der iværksættes foranstaltninger i familien. Det tværfaglige samarbejde har således bidraget til en bedre forståelse af sundhedsplejerskernes kompetencer, og hvad de kan bidrage med.

Der er endnu meget begrænsede erfaringer med inddragelse af sundhedsplejersken i sager med anbragte børn. Det har aktuelt taget form af arbejdsgrupper, der skal definere, hvilke børn og familier der er i målgruppen for dette såvel som indholdet og arbejdsgangene derfor.

## 6. FAMILIEN SOM MEDSPILLER

For at kunne styrke den tidlige opsporing og indsats til sårbare familier er det afgørende, at familier gøres til medspillere og er motiverede for at indgå i de tilbud, de modtager. Som led i midtvejsevalueringen er der derfor foretaget interviews med en række familier, som har modtaget monofaglige eller tværfaglige tilbud, enten i form af behovsbesøg og/eller tværprofessionel støtte. Selvom familierne er forskellige og har fået tilbud om forskellige typer af indsatser, tegner der sig alligevel en række centrale temaer, som for familierne er kendetegn ved det gode indsatsforløb. I dette kapitel præsenteres disse temaer og suppleret af, hvad fagpersonalet oplever er centralt i relationen til familierne. Disse temaer kan bruges i den videre udviklingsproces som centrale opmærksomhedspunkter i det fortsatte arbejde med at inddrage familierne som medspillere i deres egne indsatsforløb og derigennem understøtte motivation og fastholdelse. Afslutningsvis samler dette kapitel desuden op på de første erfaringer med at etablere brugerråd i kommunerne, som udgør en del af projektmodel A. Brugerrådene er nemlig en vej til at give familierne en stemme og gøre dem til aktive medspillere i egen indsats.

### 6.1 Centrale temaer for det gode indsatsforløb

I det følgende gennemgås de temaer, som forældre og fagpersonale peger på er centrale i et godt indsatsforløb. Nogle af disse temaer gør sig generelt gældende i såvel monofaglige som tværprofessionelle forløb, og andre temaer vedrører specifikt tværprofessionelle forløb.

#### 6.1.1 Flytte fokus fra indhold til udbytte

Forældre lægger vægt på, at tydelighed om et tilbuds formål er centralt for deres motivation. Det gælder dels et tydeligt indblik i, hvad formålet med tilbuddet er, hvorfor det er relevant for dem, samt hvilket indhold forældrene kan forvente af tilbuddet. Det gælder såvel i den mundtlige dialog mellem fx sundhedsplejersker og forældre, når sundhedsplejersker introducerer forældre for tilbud, som i det skriftlige materiale forældrene modtager, fx i form af foldere. For det første bliver der peget på, at det er centralt, at fagpersonalet har tilstrækkelig viden om tilbuddet til at motivere forældrene, særligt når der er tale om tilbud i andet regi end sundhedsplejens. For det andet bliver der peget på betydningen af at tydeliggøre et tilbuds formål og familiernes udbytte i dialogen med dem.

### Boks 6-1: Fokus på motiverende samtaleteknikker

I en kommune har de arbejdet målrettet med at motivere forældre til at deltage i kommunens tilbud. Denne kommune har særligt oplevet, at det kan være vanskeligt at motivere og fastholde niveau 3-familier, som opleves at have et behov for en tværprofessionel indsats, men hvor forældrenes deltagelse i et tilbud er frivilligt. I kommunen har personalet derfor deltaget i et kursus om motiverende samtaleteknikker og har derigennem fået skærpet deres fokus på, hvordan de kan motivere forældrene til at tage imod tilbud. I kommunen har de oplevet, hvordan de derved har fået ændret deres fokus fra et indholdsfokus til et udbyttefokus i dialogerne med forældre. Konkret kommer det til udtryk ved, at sundhedsplejerskerne i deres dialog med forældrene tidligere har været meget fokuseret på at kommunikere det faglige indhold af et tilbud til forældrene samt praktikaliteter om tid, sted og rammer. Som noget nyt har de nu i stedet fået fokus på at formidle, hvilket udbytte de som familie og deres barn kan få ud af at deltage i et tilbud.

*"Vi har haft en underviser ude og hjælpe os med, hvordan man motiverer forældre til at deltage. Vi kan selv komme til at spænde ben for noget, så der har vi fået en til at give et friskt pust og konkrete teknikker. Blandt andet har vi fået fokus på at tale til følelserne. Hun pillede også vores pjecer fra hinanden. Vi har en pjece, der fx beskriver mødegangene (i en indsats), og der siger hun, 'tal til følelserne'". - projektleder*

Sundhedsplejen har nu fokus på at synliggøre udbyttet for forældrene, både i deres mundtlige og skriftlige kommunikation og oplever, at det har været med til at fylde holdene op igen og bidraget til forældre-

#### 6.1.2 Kontinuitet og tilgængelighed bidrager til en tryk og nærværende relation

Den trygge og nærværende relation til fagpersonalet er et andet centralt parameter, som har betydning for forældrenes oplevelse af et godt tilbud. Særligt i samarbejdet med sundhedsplejerskerne fremhæver mange familier, at det at have en kontinuerlig kontakt til den samme fagperson bidrager til, at der kan opbygges en tryk relation, som forældrene betror sig til og har tillid til. Dertil peger flere forældre på, at tilgængelighed er et vigtigt parameter, der skaber tryk i familierne. Flere lægger vægt på, at det har stor betydning, at fagpersonerne signalerer tilgængelighed og åbenhed overfor familiernes henvendelser, når de har behov. Det bidrager til forældrenes oplevelse af, at interessen for deres familie er oprigtig. Omvendt opleves det utrygt, når det er vanskeligt for forældrene at komme i kontakt med de fagpersoner, der er rundt om familien.

*"[Sundhedsplejersken] hun er bare 100 pct. på, når hun er her, der var ikke noget med stress. [Sundhedsplejersken] tager sig tid, og hun skynder sig ikke videre. Det har betydet, at jeg har følt mig tryk." - mor*

#### 6.1.3 En anerkendende tilgang og fokus på familiens ressourcer

En anerkendende tilgang, hvor der er fokus på og tages afsæt i familiernes ressourcer, opleves desuden at være centralt for at motivere forældre. Det handler for de fagprofessionelle om at møde forældrene, hvor de er, og derigennem anerkende den indsats, forældrene lægger i deres (nye) roller. Det handler om at fokusere på, hvad forældrene kan, i stedet for hvad de ikke kan og at bruge det som trædesten for et godt samarbejde med forældrene. Fx har nogle familier deltaget i Marte Meo, hvor sundhedsplejerskerne via film synliggør for forældrene, hvad de gør godt i relationen til deres barn, og bruger det positive afsæt for også at kunne vejlede forældre om, hvad de med fordel kan justere. Forældrene tager i den forbindelse godt imod den vejledning og de teknikker, de bliver præsenteret for, når indsatsen er rammesat som et supplement til det, de allerede gør godt.

Derudover er et element i en anerkendende tilgang, at forældrene oplever, at der lyttes til deres bekymringer, men også at deres bidrag og input tages seriøst. Forældrene oplever det som posi-

tivt, når fagpersonalet inddrager deres oplevelser og perspektiver på barnet og er imødekomende og agerer på de følelser, som fylder hos den enkelte forælder.

*"De mødte mig på mit niveau og lyttede til, hvad jeg sagde. Og var interesserede i, hvad jeg også mente. ... Det var de gode til." – mor*

#### 6.1.4 Forældre skal kunne identificere sig med målgruppen

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

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

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

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

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

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

#### 6.1.5 En koordineret indsats giver ro for familierne

Når familier har behov for en tværfaglig indsats, har det stor betydning, at den opleves at være koordineret mellem fagpersoner. Flere familier fortæller fx om, at det har stor betydning, at de oplever, at fagpersonerne taler sammen. Det handler om, at familierne derved ikke selv får en koordinerende rolle i deres indsatsforløb, som det kan være vanskeligt at overskue. Men det handler også om, at fagpersonerne deler viden, så forældre ikke oplever at skulle gentage sig selv, og i stedet møder fagpersoner, som er velinformerede. Forældre fortæller, hvordan det er en hjælp og giver ro, når man står i en sårbar situation og mangler overskud.

*"Når man står i en sårbar situation, har man ikke overskud til at genfortælle sig selv. Det betyder meget, at andre har koordineret for dig." – mor*

*"Det betød meget, at de forstod, hvad jeg snakkede med de forskellige om. Jeg havde det svært. Så jeg tror, hvis de ikke samarbejdede og havde kontakt, så havde det været to adskilte forløb. Jeg følte, at her var der en samhørighed, og jeg behøvede ikke tænke over, om det var det ene eller det andet." – mor*

*"Uafhængigt af hvem af dem der kom, så kunne jeg høre, at de havde talt sammen. I starten var tingene meget turbulente. Så der kunne hurtigt ske ændringer. Familierådgiveren var her hver uge og kunne bringe*

*informationer videre til sundhedsplejersken. Det var rart, at de vidste, hvad der skete, så jeg ikke hele tiden skulle gentage mig selv." – mor*

Erfaringerne peger på, at det er centralt for forældrenes oplevelse af et tværfagligt forløb, at de kan mærke, at de forskellige fagpersoner arbejder med afsæt i fælles mål og en fælles dagsorden, herunder tydelige roller, deler viden med hinanden og koordinerer forskellige indsatser, så de er tilrettelagt meningsfuldt for familierne. Men det handler også om, at fagpersonerne er i stand til at signalere indsigt på tværs af fagligheder. Et velkoordineret forløb handler derfor ikke kun om, at der deles viden på tværs af fagligheder undervejs, men i høj grad også om, at de fagprofessionelle kan demonstrere indsigt i samarbejdspartnernes tilbud og fagligheder og derigennem henvise til hinanden og motivere forældre til at deltage. Det bidrager til, at de fagprofessionelle kan indgå i en kvalificeret dialog med forældrene om deres behov og muligheder, og at forældrene oplever at modtage en relevant indsats, der er sammensat til netop dem.

#### 6.1.6 Gennemsigtighed i deling af informationer

Gennemsigtighed i de ting, der sker i et forløb, de informationer, der deles og de beslutninger, der træffes, er centralt for at opbygge og fastholde en god relation og et godt samarbejde med forældrene. Forældrene peger på, at det skaber utryghed, hvis de ikke føler sig inddraget i, hvilken information der deles om dem, fx i deres journaler.

*"Hun var meget hurtig og klappede computeren ned uden at fortælle, hvad der blev skrevet ned. Det var ubehageligt, for vi vidste jo ikke, hvad der var skrevet. Der er gennemsigtig om, hvad hun skriver og gennemgår det sammen os." – far*

Omvendt peger en anden familie på, hvordan de har oplevet en høj grad af gennemsigtighed i den vidensdeling, der har været om dem mellem fagpersoner, og hvordan det har givet ro. Her har både forældre og fagpersonale haft aktiv adgang til familiens journal, hvilket betyder, at forældrene kan læse med i de ting, fagpersoner skriver om deres barn og deres situation. Det har givet ro for forældrene, at de kan se, hvordan fagpersoner koordinerer og deler viden med hinanden, og at intet har været skjult for dem.

*"Ja, vi synes, at det går godt (...) alle er enige om, hvad der er sket, og de snakker sammen på kryds og tværs. På hjemmesiden [familiens journal] skriver de om barnet, og så kan alle faggrupperne se det, og vi kan også læse det. Det har givet ro, at de har været gode til at snakke sammen. Vi har altid følt, at der ikke er noget skjult." – mor*

#### 6.1.7 Afdramatisering af indsatser

Flere forældre indikerer, at det kan være forbundet med stor bekymring, når sundhedsplejersken inddrager andre fagpersoner om deres familie, det gælder særligt sagsbehandlere. Forældre og sundhedsplejersker fortæller, at det særligt er en bekymring for, om kommunen sætter spørgsmålstegn ved deres evne som forældre og at få fjernet deres barn. Det gælder fx når sundhedsplejerskerne inddrager sagsbehandlere på fælles hjemmebesøg. Her peger erfaringerne på, at det er vigtigt med en stor bevidsthed blandt sundhedsplejerskerne om, hvordan de kan afdramatisere inddragelsen af sagsbehandleren og derved motivere forældrene til det tværfaglige samarbejde.

*"Hvis noget skulle være anderledes, så var det, at der var en sagsbehandler med. Der vil jeg gerne vide hvorfor. Der var jeg sådan lidt, "du får ikke mit barn!" Når man hører sagsbehandler, tænker man: 'åh nej'. Men der var jo ikke noget." – mor*

*"Måske at sundhedsplejersken havde gjort mere ud af helt fra starten, at de ikke var i gang med at tage barnet fra mig. At de ikke vil fjerne ens børn. For det er det, man bliver bange for. At man pludselig bliver lidt bange for det store Danmark, som har magten til at tage hende fra mig ... For jeg tror ikke, at mange har en*



*idé om, hvordan tvangsfjernelser faktisk foregår. Det der slog igennem for mig, det var, da de sagde, at det simpelthen er for dyrt. Det beroligede mig. Det er derfor vigtigt at være tydelig om, at de bare ser nogle små problematikker, og at de gerne vil hjælpe en.” - mor*

Også fagpersonalet peger på, at afdramatisering er et vigtigt opmærksomhedspunkt i det gode forløb for familier. Der bliver peget på, at det er centralt at lægge kræfter i den gode opstart med familierne, når et tværfagligt forløb er nødvendigt. Det handler både om at tydeliggøre overfor familierne, at man er der for at hjælpe dem, ikke for at tage deres barn, og det handler også om at sikre, at forældrene føler sig hørt og oplever, samt at de kan påvirke processen.

*”Jeg bruger meget det med at afdramatisere. Fra starten af siger jeg, det ikke er, fordi jeg kommer og tager jeres baby. Det er vigtigt at spørge, hvad de tænker, have dem med hele tiden og forklare dem processen. (...) Min oplevelse er, at de får en ro omkring det, og der hvor vi får det gjort, fungerer det. Vi skal have dem med fra starten og gøre, så familierne føler sig mere hørt. De skal selv fortælle deres historie, og hvad det er, de oplever.” - socialrådgiver*

## 6.2 De første erfaringer med brugerråd

Endelig præsenteres de hidtidige erfaringer med brugerråd. Etablering af brugerråd er tænkt at skulle bidrage til, at kommunernes tilbud opleves som relevante for familierne og dermed bidrager til, at forældre fastholdes i tilbud.

Kun få kommuner har etableret brugerråd, hvormed erfaringerne hermed er begrænsede. I kommuner hvor de har arbejdet med at etablere brugerrådet, har de gjort det efter forskellige modeller. Brugerrådene tager typisk form af evalueringer med deltagende forældre, efter at de har modtaget et afgrænset tilbud. Andre steder er brugerne indirekte repræsenteret i form af brugerråd bestående af repræsentanter fra frivillige organisationer.

Fra kommunerne er der gode eksempler på, hvordan man oplever at have fået værdifuld viden om kommunens tilbud, når man spørger forældrene direkte, fx via interviews, og hvordan denne viden skaber faglig refleksion over tilbuddene, som giver anledning til justeringer.

### Boks 6-2: Eksempel på organisering af brugerråd

I en af kommunerne blev der for ca. et år siden dannet forældrepaneler bestående af forældre, som løbende spørges om den indsats, de tilbydes. Herefter er forældrenes forslag til ændringer eller opmærksomhedspunkter blevet indarbejdet i det fremtidige tilbud med henblik på bedre at kunne imødekomme forældres behov. Forældrepanelet faciliteres af en erhvervspsykolog til møder, hvor flere forældre samles og taler ud fra en specifik dagsorden. Det kan fx være graviditetsbesøg, barselsbesøg eller familie-/mødregupper. På møderne går erhvervspsykologen i dybden med relevansen og udbyttet af tilbuddet. I forlængelse af forældrepanelets bedømmelse af graviditetsbesøget konkluderede kommunen fx:

- At graviditetsbesøget har stor betydning for både mor og far, hvorfor der skal tages hensyn til farens arbejdstider. Dette bidrager til, at der er fokus på hele familiens trivsel og ikke kun barnets.
- At familier har forskellige udgangspunkter. Derfor er der på en og samme tid brug for, at sundhedsplejersken har bredt fokus på generelle tilbud, men også kan give konkrete og forskellige råd om barnet afhængig af familiens behov.

Forældrepanelerne har også repræsentanter i styregruppen, hvorved man indtænker familien som en del af organiseringen. I den konkrete kommune har man indtil videre rigtig gode erfaringer med forældrepanelerne, og det vækker nysgerrighed i andre dele af kommunen, som også ønsker at implementere forældrepaneler med henblik på at udvikle og forbedre indsatser.

For den resterende projektperiode er det et opmærksomhedspunkt, at der gøres yderligere erfaringer med at etablere og drive brugerråd på en måde, som opleves at skabe værdi for udviklingen af tilbud.

## BILAG 1: METODEBESKRIVELSE

I dette bilag beskrives evalueringens metodiske tilgang og grundlag.

Midtvejsevalueringen er en implementeringsevaluering, der har fokus på at skabe overblik over de hidtidige erfaringer, som projektkommunerne har gjort med at implementere Sundhedsstyrelsens projektmodeller. Evalueringens fokus afspejler, at projektet er et udviklingsprojekt med løbende indsatsudvikling, som på nuværende tidspunkt ikke er fuldt implementeret og forankret. Evalueringen undersøger derfor, hvordan man meningsfuldt kan arbejde med at omsætte de projektmodeller og rammer, som Sundhedsstyrelsen har opsat for projektet, herunder ikke mindst de centrale drivkræfter og barrierer for den udviklingsproces, som kommunerne sammen med Sundhedsstyrelsen har igangsat. Evalueringen har derfor også et formativt sigte. Det er et centralt formål, at evalueringen skal give et vidensindspil til den videre udviklingsproces i de 17 projektkommuner.

Evalueringens datagrundlag baserer sig på kvalitative datakilder. Der er foretaget casestudier i 10 af de 17 kommuner med henblik på at indsamle dybdegående kvalitativ viden om lederes, sundhedsplejerskers, samarbejdspartneres og familiers oplevelser af omstillingen i praksis. I det følgende beskrives gennemførelsen af disse casestudier og den analyse, som ligger bag midtvejsevalueringens konklusioner.

### **Casestudier**

Som led i evalueringen er der gennemført casestudier i 10 af de deltagende kommuner. Formålet med casestudierne har været at få indblik i de deltagende kommuners erfaringer med at omsætte projektmodel A og projektmodel B til praksis samt at få indblik i kommunernes erfaringer med at niveauintdele ydelser til børn og familier.

#### *Kommuneudvælgelse*

Casebesøgene er afviklet i april og maj måned 2019 i otte kommuner, der arbejder med afsæt i projektmodel A og to kommuner, der arbejder med afsæt i projektmodel B. Casekommunerne er udvalgt med blik for at sikre variation i kommunestørrelse og geografisk placering. Der er derfor besøgt seks mindre kommuner og fire mellemstore kommuner, hvoraf fire har været på Sjælland og seks har været i Jylland.

#### *Tilrettelæggelse af casestudier*

Casestudierne er gennemført over en hel dag i hver kommune. Deltagerne i interviewene er udvalgt i samarbejde med den lokale projektledelse, og casestudierne er tilrettelagt, så der er indsamlet erfaringer fra de centrale deltagergrupper i projektet. Følgende informantgrupper er blevet interviewet i forbindelse med casestudierne med forskellige formål:

- Projektleder
- Ledende sundhedsplejerske
- Udvalgte sundhedsplejersker
- Udvalgte samarbejdspartnere i det tværfaglige samarbejde
- Udvalgte familier.

Nedenfor ses et overblik over antal respondenter i interviewene for de forskellige respondent-grupper.

Tabel 1: Opgørelse over antal respondenter i de 10 projektkommuner

Respondent gruppe	Antal interviews	Antal respondenter
Projektleder	10	11
Ledende sundhedsplejerske	10	10
Udvalgte sundhedsplejersker	10	27
Udvalgte samarbejdspartnere	11	21
Udvalgte familier	14	18

Interviewene er gennemført som individuelle interviews eller gruppeinterviews under besøg i den enkelte kommune. Enkelte interviews, herunder to med forældre og et med en samarbejdspartner, er foretaget telefonisk.

Alle interviews er afholdt med udgangspunkt i semistrukturerede, modelrettede og målgruppe-specifikke interviewguides, som har dannet afsæt for at indsamle erfaringer om følgende temaer:

- Motivation, behov og organisering
- Niveauinddeling af sundhedsplejens tilbud
- Fælles kriterier og metoder for opsporing og målretning af indsats
- Behovsbesøg
- Brug af kategoriseringsredskab
- Udvikling af det tværprofessionelle samarbejde
- Implementeringsdrivkræfter og barrierer
- Familien som medspiller.

I forbindelse med interviews afholdt med forældre har temaerne været:

- Oplevelse og kontakt med sundhedsplejersken i monofaglige tilbud
- Oplevelse af sammenhæng og samarbejde i tværfaglige tilbud.

#### *Analyse af kvalitative data*

Analysen af de indsamlede kvalitative data er baseret på referater fra de afholdte interviews. Alle udtalelser fra respondentgrupperne er blevet kategoriseret efter interviewguidens temaer i en samlet analysematrix for hver respondentgruppe og hver kommune. Centrale analytiske pointer i midtvejsrapporten er udledt på et analysemøde med afsæt i og på tværs af de indsamlede data.