



Bilag 1

En tidlig indsats til sårbare og udsatte familier

Baggrund

I ønsket om at fremme chanceligheden blandt børn og unge er det helt centralt med en tidlig indsats. Ifølge Sundhedsstyrelsen er ca. 20 % af alle familier udsatte, sårbare eller har særlige behov. Ca. 5 % af disse familier er i særlig grad udsatte, mens de ca. 15 % er familier, som i en kortere periode eller i mindre grad kan have behov for en særlig indsats.

Forskning viser, at en god start på livet er afgørende for barnets muligheder senere i livet. Her er forældrenes tilknytning til og samspil med barnet udslagsgivende. Sundhedsplejen har et godt generelt tilbud i barnets første leveår og har en god kontakt til stort set alle familier. Det generelle tilbud gør, at sundhedsplejen opsporer børnefamilier med særlige behov.

Det er ambitionen, at anvende sundhedsplejerskens unikke rolle overfor familierne således, at de forældre, som har svært ved at mestre forælderrollen, bliver støttet helt fra begyndelsen af forældreskabet, så deres børn får bedre forudsætninger for at danne gode relationer og klare sig godt både fagligt, socialt og personligt senere i livet.

Indhold

Med udgangspunkt i den generelle indsats og for at anvende sundhedsplejerskens unikke rolle overfor familien til at sikre en solid indsats til de udsatte familier i København, kan der etableres:

1. Forældrekurser
2. Gruppetilbud
3. Øget hjemmebesøgsfrekvens til udsatte

Målet for indsatserne er at understøtte familiedannelsen i de sårbare og udsatte familier, så børnene får bedre mulighed for at klare sig godt senere i livet. Da der er forskel på områderne i byen ift., hvilke typer forældrekurser og gruppeforløb, der vil være relevant, er det forvaltningens vurdering, at der inden for de tre elementer ovenfor bør sikres mulighed for lokal tilpasning af tilbuddene til udsatte familier. Ligesom der skal være mulighed for at vægte fordelingen af de tre indsatsområder, så det giver mening lokalt. Det forventes dog, at alle tre metoder bringes i anvendelse i de enkelte områder.

Fælles for indsatserne skal være, at de er båret af en systematik i beskrivelsen, udførelsen og i opfølgningen. Tilbuddene skal således være vidensbaserede, og hvert område udarbejder en lokal mål- og

handleplan, målgruppebeskrivelse samt en plan for, hvordan der følges op på indsatserne. I beskrivelsen af indsatsen skal endvidere fremgå, hvad forskellige faggrupper bidrager med, samt hvordan forældrene inddrages i tilrettelæggelsen af forløbene. For at sikre viden om og opfølgning på indsatsernes effekt, skal der knyttes følgeforskning til indsatserne.

Det foreslås, at midlerne udelukkende fordeles efter socioøkonomiske faktorer, og at områderne, efter vedtagelse af budget 2014, udarbejder en udmøntningsplan.

1. Forældrekurser

Forældrekurser, hvor forældre mødes i grupper, som igangsættes i graviditet eller i tiden efter fødslen, er udviklet og afprøvet i Danmark og i udlandet. Kurserne referer til en række koncepter fx Leksand¹, Klar til barn, Familie forum og De utrolige år (DUÅ). De enkelte kurser er en smule forskellige, fx er Leksand målrettet alle vordende førstegangsførelde, Klar til barn målrettet alle forældre eller en udvalgt målgruppe og Familie Forum er målrettet de sårbare og udsatte familier.

Fælles for kurserne er, at de bidrager til at styrke familiedannelsen og den tidlige tilknytning mellem forældre og barn. Familierne støtter hinanden på tværs og genkendeligheden i de fælles problemer er med til at nedbryde familiens oplevelse af marginalisering. Forældrekurser er således et forbyggende tiltag, som hjælper til at familiedannelsen ikke går skævt fra start, eller at der ikke sker en videreudvikling af en allerede problematisk familiedannelsesproces.

Implementering af forældrekurser kræver tværfaglighed både i planlægning, rekruttering og afvikling. Den tværfaglige indsats skal etableres, så sundhedsplejersken samarbejder med fx psykologer, sprogvejledere mv.

SOF (Børnefamilieenheden og Familierådgivningen) er endvidere væsentlige samarbejdspartnere. Ikke kun i forbindelse med rekruttering af deltagere, men også under forløbet kan et samarbejde være værdifuldt for den enkelte familie. Ligesom et tæt samarbejde er vigtigt i tilrettelæggelse af og undervisning i forløbet.

Samarbejde mellem sundhedsplejen og lokale aktører, fx aktører fra helhedsplanarbejdet og andre boligsociale indsatser kan lokalt indtænkes for at identificere relevante børn og familier.

Sundhedsplejen har mulighed for at aflægge graviditetsbesøg til 20 % af en årgang, og der er derfor en vis basis for at rekruttere deltagere allerede i graviditeten. Rekruttering i graviditeten forudsætter et

¹ BUU udvalgsbehandlede Leksand-modellen på baggrund af et medlemsforslag fra De Radikale d. 16.6.2010

samarbejde med fødestederne. Erfaringen viser dog, at det i disse år er svært at få hospitalerne til at henvise de sårbare gravide til kommunale tilbud fx fordi jordemødrene typisk dækker et stort geografisk område og derfor kun har begrænset kendskab til indsatser i de enkelte kommuner og bydele. Men det forudsætter erfaringsmæssigt, at der afsættes ressourcer til netværksmøder og løbende sparring, for at kunne styrke samarbejdet mellem sundhedsplejen og jordmødrene.

Med etablering af forældrekurser i København, kan gode og positive erfaringer trækkes fra 'Familieforum' på Bispebjerg. Deltagere i Familieforum er socialt udsatte kvinder, der mødes i et gruppeforløb over 16 uger, hvor fokus ikke er på problemer og behandling, men på anerkendelse, familiens ressourcer og forebyggelse af tilknytningsproblemer. Indsatsen er velbeskrevet samt positivt evalueret. Evalueringen viser bl.a., at Familieforum har givet deltagerne en styrket handleevne og dømmekraft i deres forældreskab, reduceret forældrenes usikkerhed og givet handleanvisning til at bryde fastlåste problematiske hverdagssituationer.

Som allerede beskrevet skal der være en vis metodefrihed ift. forældrekurser således, at områderne kan tilrettelægge indsatsen, så det giver bedst mening lokalt. For at sikre indsatsernes effekt skal de være systematisk beskrevet og udført samt følges op løbende. Områderne vil tillige udarbejde handleplaner og målgruppebeskrivelser, som tager udgangspunkt i de lokale præmisser.

Økonomiske konsekvenser

Det foreslås, at der etableres tilbud om forældrekurser til de 20 % sårbare og udsatte, hvilket svarer til 1.820 børnefamilier.

Nedenstående beregninger tager udgangspunkt i økonomien bag indsatsen i Bispebjerg fremhævet ovenfor, og at 50 % af målgruppen tager imod tilbud om et forældrekursus, da tilbuddet er frivilligt. Dertil er der behov for en implementeringsfase, således at det først udrulles fuldt ud efter et år. Der er endvidere afsat midler til kompetenceudvikling af gruppeledere samt afsat ressourcer til at udvikle og etablere et samarbejde med hospitaler, praktiserende læger og Socialforvaltningen de to første år. Dette er for at sikre sammenhæng i indsatser samt at udarbejde en rekrutteringsstrategi.

Det foreslås, at midlerne fordeles alene på baggrund af socioøkonomiske parametre.

Table 1. Serviceudgifter til forældrekurser 20 % af en fødselsårgang

1.000 kr. – 2013 p/l	2014	2015	2016	2017
<i>Serviceudgifter:</i>				
Opstart af gruppeledere +	777	777		

implementering				
Kompetenceudvikling	450	450		
Afholdelse af kurser	1.153	2.333	2.333	2.333
Forberedelse og koordinering af kurserne	1.538	3.110	3.110	3.100
Tværfaglig koordinering – opstart	200	200		
Lokaleje*	648	1.310	1.310	1.310
Supervision	128	128	128	128
Drift*	720	1.456	1.456	1.456
Grundomkostninger til medarbejdere	108	222	222	222
Serviceudgifter i alt	5.522	9.986	8.559	8.559

* Såfremt området ikke har egnede lokaler til rådighed

**Udsyr, forplejning, undervisere i fx stimulastik, materialer mm.

2. Gruppetilbud til udsatte

Som en del af den almindelige sundhedstjenestes ydelser er der tilbud om mødregrupper. Det særlige ved gruppeforløb er, at mødrene kan spejle sig i hinanden, og der er mulighed for at skabe et brugbart netværk. Praksis for etablering og organisering af mødregrupper kan være lidt forskelligt fra område til område. I nogle områder formidler sundhedsplejersken kontakten mellem kvinderne i hjemmebesøgene, og så er kvinderne efterfølgende selv fuldt ansvarlige for gruppen, i andre områder deltager sundhedsplejersken i første møde, og når børnene er 4-5 måneder gammel.

Det foreslås, at gruppetilbuddene udvides, så områderne i højere grad har mulighed for, ikke blot at igangsætte, men også tilrettelægge og facilitere forløb for de 20 % sårbare og udsatte familier, der hvor der er lokale behov. Sundhedsplejerskerne bruger hjemmebesøgene til at vurdere, familiens behov samt rekruttere til gruppeforløbene. Hvor forældre kurser etableres meget tidligt i barnets liv og er et fast koncept, som områderne beskriver, kan gruppeforløb være forskellige og fleksible i deres udformning. Et forløb kan eksempelvis henvende sig til mødre med for tidligt fødte børn, et andet til unge mødre og et tredje til kvinder med anden etnisk baggrund, som ikke har kendskab til det danske børnesyn.

Det er en lokal og faglig vurdering, hvilke gruppetilbud, der er behov for at etablere. Disse vurderinger kan baseres på sundhedsplejerskernes kendskab til familiernes behov fra hjemmebesøgene. Det er dog oplagt, at områderne baserer en række af gruppetilbuddene på et tværfagligt samarbejde, hvor flere faggrupper samarbejder om at tilrettelægge og afholde gruppeforløbene. Fx vil sundhedsplejersken og psykologen kunne tilrettelægge et forløb for de kvinder, som viser sig at have symptomer på en efterfødselsreaktion i 8 ugers besøget.

Økonomiske konsekvenser

Nedenstående beregninger tager udgangspunkt i, at der skal være en mulighed for en kombination af sundhedspleje og psykologtimer.

Tabel 2. Serviceudgifter til gruppeforløb

1.000 kr. – 2013 p/l	2014	2015	2016	2017
<i>Serviceudgifter:</i>				
Afholdelse af forløb (psykolog og sundhedsplejetimer)	506	506	506	506
Forberedelse og koordinering af gruppeforløbene	506	506	506	506
Lokaleleje*	396	396	396	396
Supervision	352	352	352	352
Opsporing og tværfagligt samarbejde	176	176	176	176
Grundomkostninger til medarbejdere	63	63	63	63
Serviceudgifter i alt	1.999	1.999	1.999	1.999

* Såfremt området ikke har egnede lokaler til rådighed

3. Øget hjemmebesøgsfrekvens til udsatte (20 %)

Øget besøgsfrekvens til de sårbare og udsatte familier i barnets to første leveår giver mulighed for at sundhedsplejersken kan støtte op om småbørnsfamilierne og giver mulighed for øget tværfagligt samarbejde. Der er familier, som ikke har ressourcerne til at indgå i et gruppeforløb, og derfor har behov for hjemmebesøg, hvor andre profiterer af en kombination af øget besøgsfrekvens og gruppeforløb.

Tingbjerg har fået ressourcer til en øget sundhedsplejeindsats. Erfaringer fra Tingbjerg viser, at 4 ekstra hjemmebesøg til familier med særlige behov kombineret med tættere samarbejde med tværfaglige samarbejdspartnere, hovedsagligt daginstitutionerne, har vist gode resultater. Udover at sundhedsplejerskerne, ved brug af Marte Meo-metoden, har haft fokus på tilknytningen, viser de foreløbige resultater af en øget besøgsindsats, at børnene får en bedre motorik og sprogudvikling, sundere kostvaner, samt bedre tandstatus hos målgruppen.

Økonomiske konsekvenser

Tabel 3 viser omkostningerne forbundet ved at hæve besøgsfrekvensen med 4 besøg til de 20 % sårbare og udsatte familier². Forslag om en øget besøgsfrekvens er gennemsnitlig. Det vil

² I det nuværende generelle tilbud får en førstegangsfødende familie 6 besøg og en flergangsfødende familie 5 besøg i barnets første leveår. Dertil får familierne tilbud om besøg når barnet er 1 ½ og 2 ½ år.

sige, at der kan være familier indenfor målgruppen, som har behov for flere eller færre besøg.

Tabel 3. Serviceudgifter til øget besøgsfrekvens til udsatte

1.000 kr. – 2013 p/l	2014	2015	2016	2017
<i>Serviceudgifter:</i>				
4 ekstra sundhedsplejebesøg til 20 pct. at en fødselsårgang	2.916	2.916	2.916	2.916
Grundomkostninger til medarbejdere	119	119	119	119
Serviceudgifter i alt	3.035	3.035	3.035	3.035