



TVÆRGÅENDE VIDENSOPSAMLING PÅ SATSPULJEN: Sundhedsplejen og anden tidlig tværfaglig indsats

af Gitte Bossi-Andresen og Holger Jacobsen



TVÆRGÅENDE VIDENSOPSAMLING PÅ SATSPULJEN:

Sundhedsplejen og anden tidlig tværfaglig indsats

TVÆRGÅENDE VIDENSOPSAMLING PÅ SATSPULJEN: Sundhedsplejen og anden tidlig tværfaglig indsats

Inspiration til arbejdet med de socialt udsatte
gravide og spædbørnsfamilier

af Gitte Bossi-Andresen og Holger Jacobsen

INDHOLD

7	Forord
8	Indledning
14	Projektstøtten og den særlige opfølgning på projekterne
18	Webportalen
21	Begreber
25	Det tværfaglige samarbejde
30	Metodeudvikling
34	Opkvalificering/kompetenceudvikling
36	Effekten – for familien og for fagpersonerne
43	Det særlige omkring mødre
45	Det særlige omkring sundhedshuse
55	Det særlige omkring fædre
61	Afsluttende konklusioner
68	Refleksioner fra og kontaktliste til projekterne





FORORD

Det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium tilrettelagde i samarbejde med Udviklings- og Formidlingscentret for Børn og Unge (UFC) i Aabenraa i 2003 et projekt, der skulle give overblik over de lokale initiativer i kommunerne, som gennem de senere år havde været iværksat for at styrke en tidlig indsats fra sundhedsplejen i forhold til forskellige svage målgrupper. På baggrund af projektets konklusioner blev det besluttet at iværksætte yderligere forsøgsprojekter i forhold til de tre temaer: de socialt svageste gravide og spædbørnsmødre, sundhedshuse – socialt udsatte familier med anden etnisk baggrund og de socialt svage fædre. Projekterne er finansieret af satspuljemidler fra 2003 og iværksat af Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, som i samarbejde med UFC har fulgt og guidet projekterne tæt.

De udvalgte projektkommuner har arbejdet i to år, og denne publikation præsenterer de erfaringer, der er opnået på tværs i de tre projektemaer. Det er således ambitionen at præsentere det, der er gennemgående for hvert af de tre projektemaer og dermed i væsentligt omfang overførbart til andre kommuner.

De tre temaer præsenteres hver for sig. Det vil fremgå, at der uvilkårligt er en tæt og nærmest uløselig sammenhæng mellem to af projekterne, nemlig de som angår hhv. mødrene og fædrene. Erfaringerne fra disse to projektemaer viser, at det er den allertidligste indsats, der gør en forskel for familierne, og at det er vigtigt at være rettidig. Forudsætningen for at kunne sætte ind tidligt er en stor opmærksomhed på de spæde signaler, forældre og børn sender, når vanskeligheder er under udvikling. Projekterne viser, at opsporingen er central, at det er vigtigt at tage udgangspunkt i hele familiens behov, således at barnets far altid søges inddraget i arbejdet, og at det er vigtigt at tilbyde en sammenhængende indsats, uanset hvor mange sektorer og forvaltninger det måtte inddrage. Hvad angår projektemaet sundhedshuse, viser projekterne, at den geografiske placering er vigtig, at "husene" med fordel kan placeres i traditionelle ramme, hvor borgerne i forvejen kommer, og at det er vigtigt at tage udgangspunkt i den enkeltes behov.

Else Smith
Centerchef
Center for Forebyggelse
Sundhedsstyrelsen

INDLEDNING

” Vi skal huske på, at det ikke er forældre, der ikke vil – det er forældre, der ikke kan. “

Niels Peter Rygård – Erhvervspsykologerne

Vi skal huske på ... siger Niels Peter Rygård på en temadag for ”Mødre-projekterne” i Odense den 26. september 2006 for alle projekter, der var beskæftiget med den ene af de tre temaer, der optræder i ”Satspuljen for sundhedsplejen og anden tværfaglig indsats 2005 - 2007”, nemlig de socialt svageste gravide og spædbørnsmødre.

Som professionelle skal vi hele tiden huske på, at de mennesker, vi møder i arbejdet, dem, vi prøver på at motivere til at tage ansvar for deres eget liv og skabe forandring i deres eget liv, er mennesker, mødre og fædre, der gerne vil gøre noget andet, end det de gør. De vil gerne. Alle vil gerne leve et stille og roligt, harmonisk familieliv. Alle vil gerne se deres lille barn trives og udvikle sig som andre børn. Alle ønsker at kunne opfange smilet i deres barns øjne, at høre barnet pludre af velvære og tilfredshed. Og alle vil gerne beskytte deres barn for alt ondt her i livet og give det trygge rammer at vokse op i.

Men ikke alle forældre er i stand til det ved egen kraft.

Årsagerne til, at nogle forældre midlertidigt har mistet evnen til at give deres barn alt det bedste, er meget forskellige. Brudte parforhold, parforhold, der hænger på vippen til at blive opløst, økonomiske problemer i familien, ubehandlet svigt eller sorg, depressioner oftest hos mor, men også hos far, usikkerhed i forhold til rollen som mor og far og manglende netværk både af familie og venner, er nogle af de årsager, der er blevet tydelige i projekterne. Oplistingen af årsager kan fortsættes, og i mange af de familier, der har haft kontakt til projekterne, er der flere af årsagerne til denne midlertidige forstyrrelse i forældreskabet, der optræder på samme tid. Flere sammenfaldende årsager i den samme familie gør det vanskeligere for familien at se lyset for enden af den mørke tunnel, flere af dem giver udtryk for at befinde sig i.

Et fælles træk for forældrene er dog, at det for langt de fleste netop er en midlertidig tilstand. De har viljen, og langt de fleste har også evnerne, der er ”bare” en midlertidig forstyrrelse, der gør, at de ikke kan finde frem til de gode forældreevner i sig selv.

”Bare” skal ikke forstås som en undervurdering af forældrenes problemstillinger. Det er ikke udtryk for, at det for forældrene er nemt, ”sådan bare lige at komme til at være en velfungerende familie”. ”Bare” skal give udtryk for, at det er en situation, der kan ændres på. For nogle familiers vedkommende har det vist sig ”bare” at være en forholdsvis lille ting, der skulle rettes



op på for at få familielivet til at fungere igen. For andre har det krævet en større indsats, men det har dog kunnet ændres.

Forskellige fagpersoner har i den toårige projektperiode, der blev afsluttet i december 2007, arbejdet på at hjælpe forældrene til at finde frem til og mobilisere deres forældre-
evne. Der er blevet arbejdet på at støtte mødre og fædre i at tage ansvar for deres egen og deres barns udvikling, og der er blevet arbejdet på at få forældrene til at finde frem til de ressourcer, der gør dem i stand til at være en familie "ligesom alle de andre".

Der er i høj grad blevet arbejdet tværfagligt i projekterne, hvor faggruppen af sundhedsplejersker har været grundstammen i arbejdet. Overskriften på puljen, Satspuljen for sundhedsplejen og anden tidlig tværfaglig indsats, rummer, ud over en klar markering af forankringen i sundhedsplejen, også en markering af forventning om, at der er andre og flere faggrupper end sundhedsplejerskerne, der ønskes inddraget i udviklingsarbejdet. Dette kan ses i formuleringen: – og anden tidlig tværfaglig indsats.

Baggrund for puljen

UFC Børn og Unge¹ udsendte for Indenrigs- og Sundhedsministeriet i foråret 2003 en rapport, der beskrev 148 forskellige projekter fra hele landet.² Projekterne havde alle beskæftiget sig med tidlig indsats over for særligt sårbare gravide og spædbørnsfamilier. På baggrund af rapporten blev der som led i aftalen om fordelingen af Satspuljen for 2003 bevilget midler til iværksættelse af projekter, der faldt inden for tre forskellige projekttemaer:

De socialt svageste gravide og spædbørnsfamilier (9 mio. kr.)

De socialt svageste fædre (4 mio. kr.)

Sundhedshuse – socialt udsatte familier med anden etnisk baggrund (5 mio. kr.)

Rapporten pegede bl.a. på, at det er væsentligt at kombinere flere forskellige tværfaglige og tværsektorielle indfaldsvinkler for at etablere et godt fundament for det videre udviklingsarbejde med de socialt svageste gravide og spædbørnsfamilier.

Rapporten viste også, at fædrene er nærmest usynlige i vidensindsamlingen. Samtidig lægger den op til, at der ses nærmere på fædrenes – også de socialt svage og udsatte fædre – uudnyttede ressourcer og måske unævnte ønske om større involvering. Rapporten konkluderede, at der er behov for en opkvalificering af den faglige viden om fædres tilknytning til spædbørn og om det kønsspecifikke element i kommunikationen mellem fagfolk og fædre.

Vidensindsamlingen påpegede, at der indtil videre kun findes sparsomme erfaringer med brug af lokale sundhedshuse målrettet socialt udsatte familier med anden etnisk baggrund. Erfaringerne tyder på, at sundhedshuse, som er lokalt forankrede, vil kunne tilgodese denne gruppes behov i forbindelse med bl.a. graviditet og barsel. Samtidig blev der også påpeget et behov for at indsamle flere erfaringer fra sundhedshuse, herunder viden om, hvilken betydning de fysiske rammer for et sådan tilbud har.

Det overordnede mål for alle tre temaer er at bryde den negative sociale arv.

Der har i puljen været stort fokus på, at projekterne skulle være tværfaglige, nytænkende og udviklingsorienterede, samt at overførbareheden til andre kommuner skulle indtænkes. For projekter vedrørende de socialt svageste gravide og spædbørnsfamilier gjaldt det, at projekterne skulle bygge videre på allerede opnåede erfaringer inden for målgruppen.

Formidlingen af viden fra samtlige projekter foreligger i denne tværgående rapport samt en antologi med artikler fra de 25 projekter med titlen **Stemmer fra praksisfeltet – Fortællinger til inspiration i arbejdet med den tidlige indsats** over for udsatte gravide og småbørnsfamilier.

¹⁾ Udviklings- og Formidlingscenter Børn og Unge er pr. 1.1.2007 fusioneret med Servicestyrelsen og eksisterer således ikke længere som en selvstændig institution.

²⁾ Hansen, J., Hammershøj, A og Bossi-Andresen, G (2003) Tidlig indsats overfor særligt sårbare gravide og spædbørnsfamilier. UFC Børn og Unge

Projekterne

Efter to ansøgningsrunder har i alt 25 projekter fået tildelt midler fra ovennævnte pulje. Projektperioden startede januar 2006 (eller senere for ansøgningsrunde 2) og er afsluttet 31.12.2007 (to fædreprojekter er dog afsluttet 31.7.2007, da de ikke har ønsket forlængelse). Dvs. at fem projekter har været i gang i ca. 18 måneder, og de resterende har været i gang ca. to år.

Projekterne fordeler sig således:

Mødreprojekter – gravide og spædbørnsfamilier

Projektets titel	Kommune
Når bånd knyttes – i familien	Fredericia
Unge mødre i Mariagerfjord Kommune	Mariagerfjord
Når tale bliver til handling, sker der forvandling	Skanderborg
En intensiveret indsats for de socialt svageste etniske kvinder under graviditet og barsel	København/Ydre Nørrebro
Projekt Vuggeværksted	Fakse
Legecafé	Frederiksberg
Specialmødregruppen i Gilleleje Familiecenter	Gribskov
At knytte bånd	Odense/Rosengård
Tværfaglig indsats til socialt svage mødre i 2. trimester af graviditeten	Odense/Dalum
Særlig indsats for unge gravide og unge mødre	Næstved
Tværasektoriel indsats over for socialt svageste gravide og spædbørnsmødre og -familier i Fjerritslev Kommune / Jammerbugt Kommune i samarbejde med PPR Brovst	Brovst
Unge gravide – unge mødre	Svendborg
Knytte bånd – en god start på livet	Odder
Mama Nova	Høje Tåstrup

Fædre projekter

Projektets titel	Kommune
Far i fokus	Viborg
mig og min far	Hillerød
Far på banen	Glostrup
Fars Legestue	København/Indre Nørrebro
Fædre i fokus (indsats over for familier/fædre med særlige behov i graviditet og de første år derefter – fædremodul)	Roskilde
Forberedelse til forældreskab	Esbjerg
Fædregruppen (Far gør det)	Gribskov

Sundhedshuse

Projektets titel	Kommune
SundhedsHuset – socialt udsatte familier med anden etnisk baggrund end dansk	København/Indre Nørrebro
Sundhedshuse for alle	Århus
Etnisk sundhedshus	Køge
Familieforum	København/Bispebjerg

Læsevejledning

Denne publikation har til formål at samle nogle erfaringer på tværs af temaerne, men skal også sætte fokus på det særlige inden for hvert tema. Publikationen er på ingen måde fyldestgørende for alle de erfaringer, der er gjort i projekterne. Dette ville kræve en større afhandling. Publikationen er tænkt som et redskab til at komme i gang med arbejdet med de socialt svage familier, der har brug for en særlig håndsrækning. Målgruppen er ofte i en særlig vanskelig situation, der kan antage mange ansigter.

Det karakteristiske ved netop denne brede målgruppe er, at problemstillingerne er komplekse og drejer sig om alt fra umodenhed i forældrerollen over fysiske eller psykiske gener til øko-

nomiske eller sociale udfordringer i forbindelse med overgangen fra par til familie med barn. Det betyder også, at målgruppen på ingen måde er homogen. Det kan derfor være vanskeligt helt at få øje på, hvor man skal tage fat først – familien, arbejdsløsheden, manglende netværk, depressionen osv. Denne publikation kan forhåbentlig være med til at få nye billeder af, hvor familierne har deres ressourcer, og samtidig også give et indblik i, hvilke redskaber man som fagperson kan gøre brug af.

Netop fordi publikationen ikke er en fyldestgørende manual, men snarere et oplæg til inspiration og opmærksomhedspunkter, er alle projekter sidst i publikationen oplistet med kontaktinformationer. Tanken er, at projekterne står til rådighed med den specifikke viden og erfaring, som de har fået gennem arbejdet med projektet. Projekterne er naturligvis taget i ed og står til rådighed med flere informationer, end der har været plads til i denne publikation. Derfor lyder opfordringen også herfra til at benytte muligheden for at høre mere og kontakte det eller de projekter, der har vakt interesse.

Det er ikke muligt i denne publikation – ej heller har det været intentionen – at give en detaljeret beskrivelse af hvert af de 25 projekter. Derimod har intentionen med antologien **Stemmer fra praksisfeltet - Fortællinger til inspiration i arbejdet med den tidlige indsats over for udsatte gravide og småbørnsfamilier**, som også er udgivet i forbindelse med denne pulje, været at give projekterne mulighed for selv at komme til orde. Publikationerne kan læses uafhængigt af hinanden, men kan med fordel fuldstændiggøre den samlede vidensopsamling fra "Satspuljen på sundhedsplejen og anden tidlig tværfaglig indsats".



PROJEKTSTØTTEN

og den særlige opfølgning på projekterne samt netværks-etableringen mellem projekterne – synergieffekten

Fra starten af projektperioden i Satspuljen på sundhedsplejen og anden tværfaglig indsats har det været Sundhedsstyrelsens intention, at puljen skulle følges op på en særlig måde.

Fordeling af ministerielle puljer og opfølgningen herpå kan foregå på mange måder. I denne pulje er der afsat midler til en helt særlig opfølgning på projekterne. Med det formål at skabe grundlag for en forankring af projektet og for at skabe et bæredygtigt fundament for udviklingsarbejdet har projekterne modtaget en udvidet konsulentopfølgning gennem hele projektperioden.

Hvis et projekt ikke fungerer organisatorisk, fagligt eller på andre måder, kan grobunden for ny viden være meget spinkel. Og dermed er der risiko for, at udbyttet af midlerne til videreudvikling og opbygning af ny viden bliver mindre, end det kunne have været. En udefrakommende støtte til projektet kan være med til at holde fokus på projektet samt sætte ord på de barrierer, der måtte være. Desuden er det vigtigt at få projektet ud af "isolationen" i den enkelte kommune og få etableret et netværk med andre projekter til gensidig sparring og udvikling.

I projektperioden er der i særlig grad blevet lagt vægt på opfølgningen af projekterne, og der er i høj grad blevet arbejdet på netværksetableringen projekterne imellem.

Todelt formål med den særlige opfølgning

Den særlige opfølgning af projekterne havde to formål. For det første at det enkelte projekt ikke skulle føle sig ladt alene, efter at de havde modtaget den glædelige meddelelse om, at de ville modtage de ansøgte midler til projektarbejde. For det andet, at kunne samle viden ind på tværs af projekterne til gavn for projekterne selv, og på længere sigt til gavn for andre kommuner, der ønsker at arbejde med tidlig indsats overfor udsatte familier.

I denne model for opfølgning af projekterne har der været mulighed for at få projektsparring udefra. Det er en mulighed, nogle projekter har benyttet sig meget af, andre i mindre grad. Fælles for alle projekter er dog udsagnet om, at selve muligheden for at få denne projektsparring har været en berigelse for dem i projektperioden.

Projektets egen konsulent

Hvert projekt har haft en konsulent tilknyttet. Konsulenten har gennem hele projektperioden stået til rådighed med sparring. Projekterne har igennem hele projektperioden haft mulighed for at kontakte egen projektkonsulent, for at få afklaret nærmest alle mulige spørgsmål. Og der har været mange forskellige spørgsmål.

Opfølgningen har været speciel, idet projekterne og projektkonsulenten aldrig har været længere fra hinanden, end mobiltelefonen og mailen gav mulighed for. Mailen har vist sig som et meget nyttigt og umiddelbart redskab i arbejdet, men også telefonsvareren er i hele projektperioden kommet til sin fulde ret. Der har i hele projektperioden været en hurtig, smidig og ganske nyttig kontakt mellem det enkelte projekt og projektkonsulenterne.

Formålet med opfølgningen var også, at projekterne blev holdt til ilden. Hvert enkelt projekt har modtaget tre projektkonsulent besøg i løbet af projektperioden. Under disse besøg blev der talt meget "ind i projektet". Hvor er I henne med jeres projekt lige nu? Får I dokumenteret jeres erfaringer? Er der noget, I er særlig nysgerrige på? Disse og andre spørgsmål fra projektkonsulenten til projektet har været grundstammen i besøgene.

Og hver gang har besøget opfyldt sit formål, projektmedarbejderne er blevet holdt til ilden, de havde på ingen måde mulighed for at "glemme", at de var et projekt, og at de midler, de havde fået stillet til rådighed, var udviklingsmidler, der ud over dem selv også skulle komme andre til gode.

Disse udviklingsmidler, der er tildelt projektet, er kommet andre til gode ved åbenhed omkring udviklingen i det enkelte projekt.

Netværksetablering og fælles opstart

En anden vigtig intention, udover den tætte projektopfølgning, har været etablering af netværk projekterne imellem. Det er almindeligt anerkendt, at netværk har en meget stor betydning i mange forskellige sammenhænge. De fleste projekter arbejder på at få familier uden netværk til at indgå i netværk. Der oprettes faglige netværk, hvor den enkelte fagperson kan søge støtte og berigelse i den faglige udvikling. Erhvervsledere danner netværk for at sparre med hinanden og være del af en fælles udvikling. Netværk har altså en betydning på mange niveauer.

Denne erkendelse har ført til, at der i projektperioden for Satspuljen for sundhedsplejen og anden tidlig tværfaglig indsats har været opmærksomhed på, at der projekterne imellem skulle være mulighed for at etablere netværk for at skabe synergi og faglig sparring.

Inden for hvert tema har projekterne været samlet til et fælles seminar, inden projektperioden for alvor gik i gang. På disse seminarer har formålet været at introducere projekterne for hinanden, at opdyrke et netværk projekterne imellem samt sætte fokus på, at projekterne var del af en større helhed. Dernæst har formålet været at få projektholdet samlet, og for mange skete det for første gang på dette seminar.

Hvert tema har ud over det første seminar haft to samlinger (for mødretemaet tre samlinger), hvor projekterne på tværs har givet deres indspark til arbejdet med netop deres tema og målgruppe. Samtidig har det været muligt at få faglige inspiration fra eksterne oplægsholdere.

Formålet med disse samlinger har dels været at få sat ansigter på de fremtidige samarbejdspartnere, dels at få en fornemmelse af at være del af en større opgave.

Konsulenterne har gennem en kontinuerlig kontakt med projekterne enkeltvis og i fælles sammenhænge givet sparring til udviklingsprocessen i projekterne, fastholdt en reflekterende og tværgående dimension samt holdt fokus på sammenhængen mellem målgruppens behov og udbyttet af projektindsatsen. Konsulenterne har gennem møderne med projekterne indsamlet datamateriale til at beskrive de tværgående temaer, der beskrives i nærværende publikation.

Webportalen som det fælles elektroniske samlingspunkt

Endelig har Sundhedsstyrelsen igennem hele projektperioden haft en god mulighed for at følge projektforløbet og dermed udviklingen i det enkelte projekt. Dette ved løbende at have haft mulighed for at orientere sig på en webportal, oprettet til formålet, men også ved at modtage statusrapporter, der har givet et billede af, hvor projekterne var i deres udvikling – lige her og nu.

”Hvad er lige nu jeres vigtigste erfaringer, dem I simpelthen ikke kan komme udenom?” har været spørgsmål, som projekterne undervejs har skullet forholde sig til. Besvarelserne er blevet samlet på webportalen, hvor det enkelte projekts erfaringer er blevet en del af alle projekters erfaringer. Derved har projekterne kunnet gå på besøg hos hinanden og orientere sig og måske endda blive beriget i deres egen udvikling af andres erfaringer.

Betydningen af den udvidede konsulentstøtte

Ofte kan et uafklaret spørgsmål være en nærmest uovervindelig hurdle, der gør det svært at komme videre. Projekterne har generelt givet udtryk for, at de har oplevet det som vældig gavnligt at have et centralt, pragmatisk orienteret sted, de har kunnet rette deres henvendelser til.

Tilbage meldingen fra projekterne er entydig. Det har været en dejlig støtte at have i baghånden, selvom det til tider har betydet mere arbejde. Besøget i projektet har ofte været medvirkende til, at deltagerne har kunnet reflektere og sparre om projektets indhold på en ny måde. Det har været accepteret, at konsulenten har stillet nogle kritiske og til tider kontroversielle spørgsmål til projektet. Disse reflekterede drøftelser har ofte givet anledning til at se nye muligheder og skabe ny energi i projektet.

Sidst men ikke mindst har projekterne, hvor det har givet mening, gjort brug af hinanden uden om konsulenten og de fælles samlinger. Kontakten har betydet, at flere projekter har været på besøg hos hinanden, har etableret fælles hjemmeside samt inviteret hinanden til fælles temadage. Alt andet lige må det siges, at formålet med både den udvidede konsulentbistand og etableringen af netværk projekterne imellem er lykkedes.



Forankring af projekterne

Projektarbejde er på en og samme tid inspirerende og frustrerende for fagfolk. Inspirerende, fordi det giver mulighed for at arbejde med nye metoder eller udvikle samarbejdsrelationer, som der ikke altid er levnet plads til i den daglige drift. Frustrerende, fordi der ikke altid er mulighed for at videreføre eller udmønte de nyhøstede erfaringer, når projektperioden slutter. Derfor har en forankring af projekterne efter 31.12.2007 været et overordnet mål fra begyndelsen af projektperioden.

På fælles samlinger og i projektbesøg er der gennem oplæg og kontante spørgsmål sat fokus på formidlingen af projektets resultater til andre fagfolk, forvaltninger og især de politiske udvalg. Hvordan vil I implementere projektets erfaringer i jeres daglige arbejde? Hvordan har I tænkt jer at formidle jeres erfaringer? Hvem skal give jer penge til at fortsætte? Temaet på én af de fælles samlinger var fx projektets formidlingsstrategi. Formålet var at få projekterne til at tænke på, hvilke instanser projektet skulle have i tale for at implementere projektets tiltag og erfaringer.

En meget stor del af de 25 projekter er blevet helt eller delvist forankrede. Enten som en særskilt post på det kommunale budget eller som en omprioritering af allerede tildelte midler. De få projekter, der ikke er direkte implementeret, har ligeledes sat deres tydelige spor i organisationen eller i faglige sammenhænge. Her er det ikke faste økonomiske eller personalemæssige ressourcer, der er blevet afsat som resultat af projektforløbet, men snarere ændringer i tilgangen, samarbejdet eller sammensætningen af det tværfaglige team. Det har ligeledes betydet et øget fokus på socialt udsatte gravide og spædbørnsfamilier og deres behov for en tidlig og ikke mindst rettidig indsats.

Det gode resultat kan naturligvis ikke alene tilskrives den øgede opmærksomhed på forankring fra starten, eller at projekterne har haft en proceskonsulent gennem hele projektperioden. Men gennem hele projektperioden er projekterne til stadighed blevet mere opmærksomme på vigtigheden af at synliggøre deres gode erfaringer over for de politiske udvalg og/eller forvaltningsledelsen allerede tidligt i processen og holde beslutningstagerne i kommunen orienteret om projektets fremdrift og foreløbige resultater. Konklusionen må således være, at det er vigtigt at inkludere implementering allerede tidligt i et projektforløb.

WEBPORTALEN

Baggrund og formål med webportalen

Ideen med en webportal udsprang på et fælles opstartsseminar for fædreprojekter i december 2005. Der blev stillet forslag om at oprette et sted på internettet, hvor man kunne finde oplysninger, skrive en dagbog og debattere emner, der opstod undervejs i projektet. På de efterfølgende fælles opstartsseminarer for sundhedshuse og mødreprojekter blev ideen ligeledes taget op. Nogle mente, at det var uundværligt med så mange projekter fordelt rundt omkring i landet. Andre følte, at deres projekt var for lille til også at kunne bære de timer, det nødvendigvis måtte koste at bruge en sådan webportal.

Formålet med webportalen blev herefter beskrevet således: at etablere et debat- og vidensudvekslingsforum for de projekter, der modtog midler fra Satspuljen på sundhedsplejen og anden tidlig tværfaglig indsats. I stedet for en afsluttende rapport skulle projekterne løbende gå ind på webportalen (med adgangskode) og tilføje nye erfaringer om fx det tværfaglige samarbejde, om nye tiltag, om særlige udfordringer eller om succesoplevelser osv. Dertil var der mulighed for at indsende foldere, lokale projektevalueringer, undersøgelser mv. til vidensdeling mellem projekterne.

I første omgang var der tale om et forsøgsprojekt med henblik på fortsættelse i projekternes samlede løbetid frem til 31.12.2007. Der blev efter en seks måneders forsøgsperiode foretaget en evaluering af webportalen, hvorefter Sundhedsstyrelsen traf beslutning om at forsætte webportalen projektperioden ud.



Brugerne af webportalen

Webportalen er for mange en ganske ny og til tider gyngende grund, der betrædes. Der er meget stor forskellighed i tilgangen til at kunne og ville arbejde med sådan en webportal. Brugerne spænder fra dem, der bruger internettet dagligt, og som derfor har lagt indgangen til portalen ud på deres skrivebord, til dem, der ikke i deres daglige arbejde er vant til, end-sige fortrolige med, at bruge en computer og dermed også adgangen til internettet.

” Måske bliver det sværere at sætte noget ind, når der ikke er noget i forvejen. Mon det også er, fordi vi stiller høje krav til os selv: Er vores pjece eller undervisningsprogram nu god nok til at lægge ud til alle de andre? ”

Denne spredning i brugernes tilgang til webportalen er ganske givet den største udfordring, webportalprojektet har mødt. Og det har vist sig at være en udfordring på mange niveauer, størst i forhold til dem, der ikke er vant til at bruge internettet.

I nogle projekter er det udelukkende projektlederen, der benytter adgangen, og hos andre er alle projektdeltagere ansvarlig for at skrive i projektets logbog mv. I forhold til dette nævnes det som meget positivt, at adgangen til portalen ikke følger arbejdspladsen, men følger personen. Det opleves som positivt, at den enkelte har adgang til portalen på denne måde, og at man fx også kan gå ind i portalen hjemmefra.

Webportalen – et værktøj for projektet

Som konsulenter på opgaven har vi gjort den erfaring, at webportalen giver gode muligheder for at følge med i projekterne. Vi kan før projektbesøg og i de mellemliggende perioder orientere os i projektets udvikling, og vi kan løbende følge med i, om og hvordan projekterne dokumenterer deres arbejde.

Webportalen er et værktøj, man finder informationer i, laver opsamlinger omkring samt orienterer sig i efter behov. Samtidig er det en afspejling af, hvor meget projekterne fylder i den enkeltes arbejdsliv. For nogle er tilknytningen til projektet 100%, og for andre optager projektet måske nogle få timer om ugen eller mindre. Det afspejler sig især i, hvor mange debatindlæg der skrives, og hvem de er skrevet af.

” Det er helt oplagt. Vi deler et fokus – med mange forskellige indfaldsvinkler i kraft af de forskellige projekter. Jeg sender gode pointer ud – spørger tilsvarende for at høre fra andre – hvis vi står i svære situationer. Sender gerne vores gode oplevelser ud – til deling – og håber at høre tilbage. ”

En gennemgang af webportalen viser, at mange bruger deres logbog som et samlingssted, at en del bruger muligheden for at samle referater i deres logbog, og at enkelte slet ikke bruger logbogen. For samtlige projekter er det muligt at læse ansøgningen samt et faktaskema, der fremhæver de fokuspunkter, der er i projektet. Der er mulighed for at kontakte projekterne direkte gennem kontaktlisten. Dertil er det muligt at læse de mails, der er sendt ud af konsulenterne.

Et forum for erfaringsudveksling

Formålet med webportalen har ikke udelukkende været at skabe et sted, hvor projektdeltagerne kunne finde informationer. Det har i høj grad været ambitionen at skabe et forum for erfaringsudveksling og debat. Og netop omkring muligheden for at lave erfaringsudveksling siger projektdeltagerne:

” De bedste erfaringer, jeg har haft, er opstået ved, at jeg har kontaktet personer fra de andre projekter direkte ved at finde deres navne (tlf. og e-mail) på webloggen. Jeg har løbende haft kontakt med personer fra fire andre projekter. Disse kontakter er dels opstået under snak på de fælles temadage og dels ved at læse i de andres projektbeskrivelser (bl.a. under fokuspunkter) og derved fundet ud af, at de arbejder med områder, der ligner vores. De personlige kontakter har bl.a. resulteret i, at vi har fundet en god og meget kompetent ekstern konsulent. Vi har desuden aftalt at mødes med en af projektkommunerne et par gange i det nye år for at dele erfaringer. “

Udtalelserne vidner om, at der er god vilje at spore, men at der er nogle barrierer, der skal arbejdes videre med. Især gælder det tiden, der skal afsættes til at deltage i et elektronisk medie.

Konklusionen er, at webportalen kræver en videreudvikling for at kunne nå den brugbarhed, som vi i begyndelsen af projektet havde tiltænkt portalen. Ikke mindst er det vigtigt fortsat at arbejde med brugervenligheden af et lignende system. Webportalen er klart et medie, der kræver en særlig introduktion i begyndelsen af projektet, og som der skal stilles krav om, at man deltager i, allerede når der bevilliges midler til projektet. Gevinsten for det enkelte projekt er, at der løbende kan evalueres på udviklingen, samt at der er et fælles rum, hvor projektet har en tilværelse, der ikke forstyrres af dagligdagens arbejde. Samtidig er det et medie, der giver mulighed for at udenforstående kan følge med i udviklingen af projektet på distance. Og sidst men ikke mindst er det et medie, der giver andre projektdeltagere mulighed for at udveksle dyrekøbte erfaringer af såvel positiv som negativ karakter.

Samtidig må det tilskrives webportalen, at der nu er samlet så meget viden om det enkelte projekt på skrift, at der kan udtrækkes en større viden på tværs omkring arbejdet med den tidlige indsats og de socialt svageste gravide og småbørnsfamilier, end det ellers ville være tilfældet. Denne viden er forankret i et elektronisk medie, der vil være til rådighed, i lang tid efter at projekterne er afsluttet og fagpersonen med den efterspurgte viden om projektet, ikke længere kan kontaktes.



BEGREBER

– hvad mener vi, når vi siger ...

Det tværfaglige samarbejde har været i højsædet i denne satspulje, som det også er tilfældet i mange andre sammenhænge i sundhedsplejens hverdag. Der er hyppig kontakt mellem mange fagpersoner på tværs af fag, men også på tværs af sektorer. For at samarbejdet skal kunne fungere optimalt, er det betydningsfuldt, at fagpersonerne forstår hinanden og taler det samme sprog. For at imødekomme dette behov har Sundhedsstyrelsens Center for Forebyggelse i juni 2005 udarbejdet et hæfte med titlen: **Terminologi – Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed**.³ I hæftet defineres de fleste af de begreber, der er relevante for sundhedsvæsenet og primær sektor, når det gælder forebyggelse og sundhedsfremme.

Formålet med dette afsnit om begreber er bl.a. at følge tråden op og fastholde brugen af begreberne for ikke at skabe forvirring. Der er her medtaget de begreber, projekterne har brugt i flere sammenhænge, og som er vigtige at holde sig for øje, også i arbejdet med målgruppen de socialt udsatte gravide og spædbørnsfamilier. Begrebsarbejdet omkring de sundhedsfaglige begreber er fastlagt i pjecen, hvorfor det udelukkende er begrebet "socialt udsat", denne publikation går i dybden med.

Hvad er sundhed?

Der er forsøgt med flere definitioner. Aktuelt arbejder Center for Forebyggelse med denne definition:

"Sundhed er en tilstand hos et individ eller en gruppe af individer karakteriseret ved fysisk, mental og social trivsel."

Hvad er sundhedsfremme?

"Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgere ressourcer og handlekompetence."

Hvad er egenomsorg?

"Sundhedsaktivitet, som en patient eller anden borger udfører for at forebygge sygdom og fremme egen sundhed."

Hvad er forebyggelse?

"Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed fremmer folkesundheden."

³) Hæftet kan downloades på www.sst.dk

Hvad er tidlig opsporing?

"Del af sekundære forebyggelse, der har til formål at finde risikofaktorer og diagnosticere sygdom tidligst muligt."

"De socialt svageste" – et svært begreb at formidle og forholde sig til

At være deltager i et projekt eller i en gruppe, hvor de "socialt svageste" mødes, giver ikke megen status i samfundet. Det er også svært over for familie og venner at fortælle, at man deltager i en gruppe, hvor mødre/fædre eller familier, som betegnes som de socialt svageste eller udsatte familier, samles.

Begrebet "de socialt svageste" eller "de udsatte familier" er tydeligt langt nemmere at anvende, når man ikke selv er en del af det. Det gør, at begreberne er langt nemmere at anvende for de professionelle, end de er anvendelige/genkendelige for familierne.

I den professionelle verden skabes der umiddelbart en mængde billeder, når der internt i afdelingerne, i det tværfaglige samarbejde, på temadage og konferencer eller i andre professionelle sammenhænge tales om de socialt svageste og udsatte.

På samme måde skabes der billeder omkring de samme begreber hos familierne og i deres omgangskreds.

Der er dog en ganske tydelig forskel på, hvordan begreberne "de socialt svageste" og "de socialt udsatte" skaber forskellige billeder henholdsvis hos familierne og de professionelle.

Forskellen i tilgangen til begrebet kan søges illustreret ved hjælp af nedenstående to forskellige udsagn. Hver på sin måde giver de et klart indtryk af, hvad det betyder, og i hvilken position man befinder sig i, når man anvender begreberne de socialt svage eller de socialt udsatte.

Den professionelle:

Jeg arbejder med socialt svage og udsatte familier.

Familien:

Vi deltager i et projekt, hvor vi er én af de socialt svage og udsatte familier.

Her ses tydeligt, at det er noget mere omkostningsfrit at tale om de socialt svage og udsatte familier, når man ikke selv er én af familierne.

Udfordringen for det professionelle felt er til stadighed at få afstemt billederne og begreberne "de svageste" og "de udsatte" med borgerne, om hvem der tales. En endnu større udfordring er det at formidle disse billeder til familierne, så der også imellem familierne og de professionelle opstår en fælles forståelse for udgangspunktet, for indsatsen.

En yderligere udfordring er at arbejde på at erstatte begreberne "de socialt svage" og "socialt udsatte" med andre, mere positivt ladede begreber. Begreber, der er mere ressource orienterede, mere anerkendende og dermed formentlig mere uproblematisk og forhåbentlig mere håndterbare og meningsfulde for familierne.

Det er ikke attraktivt for en familie at blive vurderet til at tilhøre de socialt svageste. Familierne har deres egne billeder af socialt svage familier og en af de generelle erfaringer i projekterne er, at familierne oftest ikke mener, at de selv tilhører den socialt svageste gruppe.

” For kvinderne er det meget vigtigt, hvad de kaldes, det vil sige, hvordan deres behov for hjælp defineres. De vil ikke benævnes som sårbare eller kvinder, som mangler overskud, eller identificeres med narkomaner eller alkoholikere. Den type mødre har de slet ikke energi til at kunne være i gruppe med. Selv betegner kvinderne sig som kvinder i en særlig livssituation, der derfor har behov for at være tilknyttet en særlig mødregruppe. ”
(fra projekternes afrapportering)

I et andet projekt giver mødrene også klart udtryk for, at de ikke ser sig selv som de socialt svageste. De vil hverken ses som sårbare og hjælpeløse eller som umodne mødre, der nærmest ved et uheld har fået et barn. Og de vil slet ikke betegnes som sociale tabere.

De påpeger, hvordan de ser sig selv som rimeligt ressourcestærke. De er ikke ressourcestærke på alle områder, der har med deres nye status som mor/far eller familie at gøre. Men de er ressourcestærke på mange områder, og de har en klar forventning om, at de professionelle får øje på deres styrker og anerkender deres ressourcer.

Som repræsentanter for alle mødre/fædre og familier, der har deltaget i projekterne og dermed på en eller anden måde er blevet set som en del af den socialt svageste gruppe og den socialt mest udsatte gruppe, får mødrene, der har været tilknyttet projektet **"Når bånd knyttes"** i Fredericia Kommune her plads til at give et billede af sig selv.

Hvad er det, vi kan og er gode til?

Vi er mødre,

- der møder op i gruppesammenhæng og kommer stabilt
- der har humor
- der sætter pris på at være sammen med andre unge
- der ikke gider få gode råd, hvis vi ikke har efterspurgt dem
- der på trods forener ungdomsliv og forældreskab
- der kan sige til og fra
- der er i stand til at kopiere, hvad der går godt for andre
- der kan danne netværk
- der efter et stykke tid i gruppe deler glæder og sorger med hinanden
- der er trygge, når der er struktur i den måde, gruppetilbuddet afvikles på

Vi vil gerne

- indgå i en ramme, hvor vores ressourcer kan komme til udtryk og anvendelse
- være sammen med andre ligestillede
- have, at I sætter rammen
- have, at I laver struktur i denne ramme
- have, at I lægger ører til det, der rører sig i os
- have, at vores børn er sammen med andre børn
- have, at I ser og hører os
- have råd, når vi efterspørger det
- have hjælp til at løse konflikter
- have det sjovt
- hygge os



DET TVÆRFAGLIGE SAMARBEJDE

Tværfaglig sparring

Der har været meget kollegial sparring i en hel del af i projekterne. På grund af den mangfoldighed af fagprofessioner, der optræder omkring de sårbare gravide og småbørnsfamilier, har der i projektperioden for en del af projekterne været god mulighed for at modtage tværfaglig sparring.

En af de meget åbenlyse fordele ved at benytte sig af den tværfaglige sparring er, at den enkelte kommer ud over egen "rampe" og får belyst de forskellige faglige problemstillinger fra en anden side.

Sundhedsplejerskens øjne ser andet end socialrådgiverens øjne i samme situation, og familiebehandleren ser andet end det, sundhedsplejersken og socialrådgiveren ser, på trods af at det er den samme situation, der ses. Det betydningsfulde i den tværfaglige sparring er derfor, at de forskellige synspunkter og fagligheder inddrages i den tværfaglige sparring

Tværfaglig sparring kræver, som anden god sparring, en høj grad af mod til at være ærlig i sparringen. Samtidig kræver det, at der bliver skabt formaliseret rum og tid til, at sparringen kan foregå, hvis det skal tages alvorligt.

Den almindelige kollegiale sparring er nemmere at komme til og finder sted i det daglige som små samtaler i pauserne eller ordvekslingerne i løbet af dagen. Nogle steder praktiseres den mulighed, at "vi kan gå ind til hinanden" som en ganske almindelig del af en arbejdsdag.

Det forholder sig anderledes vanskeligt, når det gælder den tværfaglige sparring. Praksisfeltet i projekterne har vist, hvor vanskeligt det er at aftale møder, sådan lige her og nu. Aftaler, der ikke ligger mindst en til to mdr. ude i fremtiden, kan, når der er flere end to, der skal samles, have ganske vanskelige vilkår.

” Vi er tre, der skal samles, jeg kan godt den dag, hvad med dig? Jeg kan godt, men vi skal også have Lene med, jeg ved, at hun ikke kan den dag, du har foreslået. Hun kan i denne måned kun den 25., kan jeg se i hendes kalender. Den 25. er udelukket for mig. “

Den tværfaglige sparring skal, hvis den skal have den ønskede effekt, lægges i faste og formelle rammer. Derfor er det nødvendigt, at der skabes rum og muligheder for tværfaglig sparring også i det daglige arbejde. Dette rum og disse muligheder skal prioriteres og skabes af de ledere, der har kompetencen til at gøre den tværfaglige sparring til en fast bestanddel af den tidligt forebyggende indsats.

I det tværfaglige samarbejde er det en kunst at blive på egen banehalvdel

”Hvis bare alle de andre tænkte, som jeg tænker, og gjorde, som jeg mener, det skal gøres, så var det tværfaglige samarbejde ikke noget problem.”

Den ovenstående sætning er sikkert en smule karikeret, men bestemt ikke helt grebet ud af luften. Udfordringen til det tværfaglige samarbejde er netop ikke at forvente af andre i samarbejdet, at de tænker og gør, ligesom jeg selv ville have gjort, men at alle i det tværfaglige samarbejde arbejder sammen om at udvide perspektivet og at kaste lys på en problemstilling fra en ("den") anden side.

En af det tværfaglige samarbejdes vigtigste opgaver er at sikre, at alle relevante indfaldsvinkler, der er nødvendige for at belyse de ofte store og komplekse problemstillinger omkring familierne, bliver synlige. Derfor har det stor betydning for resultatet af det tværfaglige samarbejde, at samarbejdet fungerer optimalt.

En vigtig forudsætning for et godt samarbejde i det tværfaglige samarbejde er, at den enkelte formår at "blive på egen banehalvdel". Det har vist sig for alle projekter og i hele projektperioden, at det er langt det nemmeste at bestemme spillet på netop egen banehalvdel. Det er langt sværere at påvirke fagområder, der ligger uden for eget kompetencefelt. Alle erfaringer viser, at det ikke kun er sværere, men nærmest umuligt at få en konstruktiv dialog i gang og at få et konstruktivt tværfagligt samarbejde til at fungere, når den ene part i samarbejdet forbeholder sig retten til at fortælle "de andre", hvordan de skal agere, hvad de skal gøre, hvad de skal mene, og hvordan de burde udføre arbejdet.

Lige fra etableringen af det tværfaglige samarbejde er det vigtigt at have nogle få, men ganske vigtige forudsætninger på plads. Afgørende er, at der både kortsigtet og langsigtet er et kendt og fælles mål for samarbejdet.

Er det moderens uddannelsessituation, der er det vigtigste lige nu? Er det tilknytningen til arbejdsmarkedet? Er det rollen og opgaven som ung mor, der skal arbejdes med? Er det tilknytningen til barnet, der skal arbejdes med? Er det forholdet mellem forældrene, eller er det en af de utallige andre faktorer, der påvirker familiens situation, der skal tages fat på?

Hver fagperson har ofte, ud fra sin position, sin faglighed og sit specielle opdrag i forhold til familien, en bestemt mening om, hvor der skal sættes ind i forhold til moderen/familien, for at de kan få en god og tryk fremtid og barnets og familiens positive udvikling sikres. Opgaven er her, at alle aktører i samarbejdet, hver ud fra deres position, analyserer situationen og i fællesskab træffer en beslutning om, hvad der er det første og vigtigste indsatsområde for at nå det fælles mål: at sikre familiens positive udvikling.

Familierne er vigtige aktører i denne proces. Kun ved at kende og anerkende familiernes eget syn på deres problemstillinger, kan der skabes en forventning om et positivt samarbejde og en deraf følgende positiv udvikling for familien.

Der er dog fælder i dette udviklingsarbejde, der på afgørende vis kan forstyrre og besværliggøre et positivt samarbejde mellem familien og de tværfaglige aktører.

En af de mest oplagte fælder er, at der er flere fagpersoner, der hver fra deres banehalvdel og på samme tid er i samspil med familien. Fælden er, at der ikke sker en koordination af indsatsen mellem de involverede parter.

Hvor en ukoordineret indsats er samarbejdets svaghed, er en koordineret indsats det tværfaglige samarbejdes styrke. I den koordinerede indsats aftaler alle deltagere i det tværfaglige samarbejde, hver især fra deres position, et fælles mål for indsatsen. Der lægges en fælles taktik i forhold til, hvordan man kan nå frem til dette mål. Selvfølgelig stadig i tæt samarbejde med familien, der igennem samarbejdet i det tværfaglige samarbejde burde opleve, at der hverken kan eller skal arbejdes med alle deres problemer på en gang.

Familiernes problemstillinger er ofte komplekse. Billedligt set er deres banehalvdel fyldt med sten af forskellig størrelse. Der kan gøre det umuligt for familierne at få bolden i mål (at nå deres mål).

De professionelle, der indgår i det tværfaglige samarbejde får i denne metafor en overordnet opgave, der består i i fællesskab og ud fra hver deres position først at sortere de sten, der ligger i vejen, og siden få ryddet dem af vejen. Først skal der aftales, hvilken sten der fylder mest eller hvilken, der ligger mest i vejen. Dernæst er det opgaven at beslutte, hvordan man får den fjernet, og hvilket redskab der skal anvendes for at fjerne den første sten. Derefter den anden, og den tredje. For at skabe succes er "rydningsarbejdet" betinget af, at alle "stenryddere", hver på deres måde er gode "håndværkere", der har deres egen faglighed på plads, men i høj grad også er i stand til at se, hvor hjælpen til dette ofte vanskelige rydningsarbejde kan hentes.

Det tværfaglige samarbejde har en vigtig opgave i at bane vejen for barnet, mor og far og berede vejen for at familien bliver en selvhjulpne familie, der i fremtiden kan klare de udfordringer, det er for alle at gå fra at være to til at blive en familie med barn (børn). Eller som det i en del af de familier, projektet har haft kontakt med, har været tilfældet, at gå fra kun til at have ansvar for sig selv, til lige pludselig at have ansvar for et barn.

I projektperioden har der været mange forskellige tværfaglige konstellationer. En gennemgående udfordring har været, at den enkelte fagperson har været i stand til at træde ind i det tværfaglige samarbejde med en grundfæstet tro på egen faglighed. En anden udfordring har været den enkeltes forståelse for at spille egen faglighed ind på den fælles tværfaglige bane uden hverken at overtrumfe eller underkaste sig andres faglighed.

I teorien lyder dette måske ganske simpelt og indlysende. Praxis viser dog, at der skal arbejdes meget bevidst med disse udfordringer. Udfordringen er, at der til stadighed arbejdes med at få forståelse og respekt for hinandens arbejde, og at der i lige så høj grad arbejdes på at få forståelse og respekt for hinandens vilkår.

Den konstante udfordring i forhold til den tidlige og tværfaglige indsats er at finde det rigtige udgangspunkt for indsatsen. Er det det sociale områdes syn på problemstillingerne, der skal være udgangspunktet for indsatsen? Er det sundhedsområdets syn på problemstillingerne, der er udgangspunktet for indsatsen? Eller er det, som en helt tredje vej, arbejdsmarkedsafdelingens syn på familiens problemstillinger, der skal være udgangspunktet for indsatsen?

Opgaven og dermed udfordringen for det tværfaglige samarbejde omkring de sårbare gravide og småbørnsfamilier er at finde en fælles vej igennem de forskellige problematikker og ad denne vej at arbejde hen i mod et fælles mål.

Den tværfaglige sammensætning

Projekterne i Satspuljen på sundhedsplejen og anden tidlig tværfaglig indsats har i projektperioden udpræget bevæget sig i det tværfaglige felt. I projekternes afrapportering bliver det tydeligt, hvor mange forskellige aktører, der optræder i det tværfaglige samarbejde, og hvor mange forskellige berøringsflader den enkelte projektmedarbejder kan komme til at forholde sig til.

I dette lille afsnit gives et billede af, hvor omfattende det tværfaglige samarbejde i Satspuljen på sundhedsplejen og anden tidlig tværfaglig indsats har været. Med en opstilling af denne art vil der altid være risiko for at have glemt nogle. De her nævnte fagpersoner er aktører i det tværfaglige samarbejde i projekternes afrapportering. Denne opstilling er dermed at betragte som en tværfaglig minimumsliste., der giver et klart billede af, at der er rigtig mange fagpersoner og dermed mange forskellige fagligheder, der har betydning for det tværfaglige samarbejdes succes.

- Sundhedsplejersker
- Jordemødre
- Praktiserende læger
- Sygehuslæger
- Socialrådgivere
- Psykologer
- Pædagoger
- Familieterapeuter
- Jobkonsulenter
- Misbrugskonsulenter
- Babymassageinstruktør
- Lærere
- Studievejledere
- Dagplejere
- Børneergoterapeuter
- Specialundervisningskoordinatorer
- Ungdomsuddannelsesvejledere
- Frivillige



METODEUDVIKLING

Et element i projektarbejdet har været at udvikle nye metoder i forhold til arbejdet med de sårbare familier, men det viser sig, at der i projektperioden har været meget mere fokus på at udvikle nye strukturer omkring arbejdet.

”Udvikle metoder – det er noget, de kloge gør.”

På spørgsmålet om, hvem der er klogere på det praktiske arbejde end praktikerne selv, bliver den enkelte ofte svar skyldig.

At udvikle nye metoder er for en stor del af projekternes fagpersoner nærmest et afskrækkende begreb. Metoder forbindes hurtigt med de i forvejen anerkendte metoder som fx Marte Meo-metoden, der også i mødreprojekterne har haft en forholdsvis fremtrædende rolle. Når selv meget fagligt kompetente sundhedsplejersker og andre sundhedsprofessionelle nærmest bliver forskrækkede over begrebet ”metodeudvikling”, kan det bl.a. skyldes, at skridtet fra at arbejde ud fra indarbejdede rutiner til at udvikle en metode stadig anses for at være et meget stort skridt.

Forskrækkelsen over at skulle være ”metodeudvikleren” bunder nogle steder dybt. På trods af dette har projekterne taget udfordringen op, og der er blevet udviklet mange metoder i projekterne i forhold til deres praktiske arbejde.

Projekterne har her fungeret som lokale udviklingsrum, der hver især har arbejdet med deres specielle udviklingstema, som tydeligt har været retningsbestemt af projektets oprindelige formål.

Det tværfaglige møde som metode

Metoden er kendetegnet ved, at alle problemstillinger i det tværfaglige samarbejde i forhold til den tidligt forebyggende indsats tages op i tværfaglige møder. I dette er der en erkendelse af, at ingen faggruppe hverken kan eller skal stå med ansvaret for løsningen af de forskellige problematikker og for udviklingen af sagerne alene.

Aktive vurderinger som metode

En metode, der ved forskellige øvelser aktivt inddrager deltagerne (familierne) og bidrager til refleksion i forhold til værdier, holdninger og adfærd. Metodens værdigrundlag er deltagelse og medbestemmelse.

Den motiverende samtale som metode

Metoden giver mulighed for gennem samtale med familierne at motivere dem til at tage og gennemføre beslutninger om adfærdsændringer med det formål at leve sundere. Metoden

stimuleres til at analysere sine følelser i dilemmaet mellem faktisk adfærd og ønsket om forandring, eksempelvis i forhold til kost, opdragelse og motion.

Sms som metode

Sms-metoden regnes for meget anvendeligt i forhold til kommunikationen med familierne, fordi den er en kendt kommunikationsform, især for de unge. Derudover anses sms for at være et godt redskab til at knytte og bevare sociale kontakter. Formen er mere diskret og dermed mindre anmassende end en telefonopringning, og metoden vurderes især som vel-egnet på grund af sin hurtighed i forbindelse med formidling af budskaber.

At spise sammen-metoden

Metoden kunne også med rimelighed kaldes omsorgsmetoden. Erfaringerne i projekterne viser, at dette er en meget praksisorienteret og hyppigt anvendt metode. Metoden giver mulighed for ikke kun at snakke om mad og samvær på et teoretisk plan, men for i praksis at vise, hvordan man mener det, der tales om. Hvad er sund kost mad, hvordan ser maden ud, hvordan smager den, hvad betyder den mad, vi spiser for vores krop. Ligeledes kan der i praksis snakkes om, hvordan et socialt samvær kan/skal fungere, hvordan den enkelte bidrager til fællesskabet, og hvad det betyder, hvis der er nogen, der ikke bidrager.

Fælles henvisningsskema som metode

En mere teknisk præget metode, der sikrer, at de forskellige deltagere i det tværfaglige samarbejde har fælles udgangspunkt i forhold til indsatsen. De fælles skemaer, der arbejdes efter, er med til at sikre, at der anvendes fælles vurderinger og et fælles sprog i forbindelse med henvisningen til den tidlige indsats.

Hurtighed som metode

Metoden indebærer, at der arbejdes med den kortest mulige vej fra opmærksomheden til iværksættelse af indsatsen. Det gælder både i forhold til en særlig problematik i familien eller specifikt en mors specielle problem. For at kunne arbejde hurtig kræver det, at der er et "aftagersystem", der kan sætte ind med den rette hjælp over for de opsporede problemer. Faggrupperne i det yderste led, frontpersonalet, der i satspuljeprojekterne for en stor dels vedkommende har været sundhedsplejerskerne, skal for at kunne arbejde med hurtighed som metode have mulighed for dels at udvide deres indsats uden de store forhindringer, dels at have et omfattende system, de kan henvise til, når de finder det nødvendigt. Systemet må være gearet til at handle prompte på frontpersonalets henvendelse, for at metoden fungerer.

Videoanalyse (Marte Meo) som metode

Vigtigt i denne metode er at gøre meningen med videometoden tydelig for familien, at kontekstafklare. Der skrives ned, hvad familien har ønsket at have fokus på, og hvad familien har brug for hjælp til etc. Metoden indebærer, at der optages et relevant videoklip til senere analyse og med henblik på senere intervention i familien. Metodens mål er at give familien en relevant og fokuseret videotilbage melding i forhold til de problemer, familien har efterspurgt rådgivning om.

Samspilsanalyse som metode

I samspilsmetoden har der særligt været fokus på instruktion, vejledning og observation af forældre i samspil med barnet, anerkendende tilbagemelding ud fra det observerede samt tilførsel af relevant udviklingspsykologisk viden til forældrene.

Tilbage meldingen er i situationen foretaget ud fra sundhedsplejerskens samspilsanalyse, praksiserfaring og teoretiske viden om sundhedsfremme, tilknytning, udvikling og andet.

Strukturudvikling

Fra de generelle møder til de meget fokuserede møder

Der ses i projekterne en tydeligt bevægelse fra den lidt mere generelle og løse mødeform, til den noget mere fokuserede mødeform. Mens møderne i starten har haft præg af meget brede møder, hvor der var plads til mange emner og indfaldsvinkler, udvikler møderne sig i løbet af projektperioden til at have et mere målrettet fokus på enkelte dele af den tidlige indsats.

Fokus rettes for eksempel flere steder på selve mødeformens betydning for mødets effekt. Mødet ændrer status fra at være et møde, der giver ekstra arbejde, til at blive et møde, der tilfører arbejdet med tidlig indsats ny energi. Opprioriteringen kan nogle steder ses ved, at der efter en tid med den mere løse mødeform, indføres mødepligt til møderne. Dette sker i erkendelse af, at alle deltagere i indsatsen er vigtige aktører i arbejdet med familierne. Erkendelsen er yderligere, at det er vigtigt at kunne præsentere en fælles linje i indsatsen over for familierne.

Fra ad hoc-møder til en fastlagt møderække

"Vi kan mødes, når der er behov for det". Det svære i denne mødeform er tydeligvis, at alle møder kræver en afstemning af mange forskellige kalendere. Tværfaglige møder, tværsektorielle møder eller møder med personer uden for det kommunale system er særligt i risiko for at have svært ved at finde en placering i kalenderne.

En nærmest indbygget forhindring er, at det på denne måde også er rigtig svært at bestemme, hvem der kan have behov for mødet, før det bliver indkaldt. I det tværfaglige samarbejde er det ikke enkelte personer, der skal anmelde et behov, for at der bliver holdt møde. Det er selve det tværfaglige samarbejde, der har behov for en fastlagt møderække for at kunne skabe den bedst mulige indsats i forhold til de familier, der har behov for indsatsen,

Det skyldes simpelthen, at en fastlagt møderække er den bedste garanti for, at der kan arbejdes med en kontinuerlig udvikling af indsatsen, ikke kun til gavn for den enkelte familie, men også til gavn for kommunens samlede indsats og tværfaglig udvikling. Alle projekterfaringer viser, at den bedste sikring for en kontinuerlig indsats er, at det tværfaglige samarbejde også er kontinuerligt. Det er nemmere at slette et aftalt møde end at finde plads i kalenderen til et ikke-aftalt møde, hvor en del af samarbejdspartnerne uvægerligt må melde afbud.

Det kan i forhold til metodeudviklingsdelen i projekterne konstateres, at der i projektperioden først og fremmest er blevet arbejdet med på forhånd kendte metoder, mest tydeligt repræsenteret ved Marte Meo-metoden. Ud over kendte metoder er arbejdet blevet suppleret med metoder, der er udviklet på det mere lokale plan.

Udfordringen for projekterne har været at beskrive de lokalt udviklede metoder, så de bliver overførbare fra den ene kommune til den anden. At få lokale metoder til at være velbeskrevne metoder, der kan overtages af andre, er stadig også efter projektperiodens afslutning en meget stor udfordring for de enkelte projektmedarbejdere.

Velbeskrevne metoder er overførbare. Strukturer er til dels på samme måde overførbare, dog er de i forhold til metoderne mere afhængige af lokale forhold. Det betyder fx meget for strukturen i det tværfaglige samarbejde, hvordan en forvaltning er organiseret. De forskellige ledelsesstrukturer har stor betydning for samarbejdet og det tværfaglige samarbejde. Også de geografiske strukturer har betydning for udviklingen af samarbejdet lokalt og tværfagligt. Det har således betydning, om den tværfaglige samarbejdspartner sidder på kontoret ved siden af, på samme gang eller i samme hus. Eller om der skal tilbagelægges adskillige kilometer for at nå frem til de tværfaglige samarbejdspartnere.

Samlet set spiller et meget stort antal faktorer ind på de vilkår, der må være til stede for at kunne udføre et solidt tværfagligt samarbejde til gavn for børn og forældre. Én faktor går dog igen: Der skal være struktur i arbejdet og i planlægningen.

Struktur er fællesnævneren for et velfungerende arbejde, og det mest overførbare begreb, projekterne har frembragt. Lige meget hvilket udgangspunkt det daglige samarbejde, det tværfaglige eller det tværsektorielle samarbejde har, underordnet hvilken metode der tages udgangspunkt i, så er det overordnede krav, at der lægges en fornuftig og praktisk realisabel struktur som fundament for dette samarbejde.

Derved bliver det ikke nødvendigvis den struktur, et enkelt projekt har udviklet, der bliver overførbart, men fællesnævneren struktur, der bliver overførbart. Uden struktur ingen resultater, uden *struktur* ingen effekt, og uden struktur intet grundlagt fundament, der kan tages udgangspunkt i for det daglige og det fremtidige arbejde.

OPKVALIFICERING – KOMPETENCEUDVIKLING

Projekternes overordnede og fælles mål har været at udvikle arbejdet i forhold til den tidlige tværfaglige indsats, så den kan komme de børn og familier, der har behov for indsatsen, til gode på det for familien mest hensigtsmæssige tidspunkt.

For at kunne nå frem til dette mål viser det sig, at det har været afgørende nødvendigt at arbejde med opkvalificering og kompetenceudvikling hos alle de aktører, der bidrager til udviklingsarbejdet.

Udviklingsarbejdet har haft forskellige formål, som går fra udviklingen af den enkelte medarbejder og udviklingen af det nære samarbejde til udviklingen af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Projekterne har derudover arbejdet intenst med at udvikle en femte dimension i samarbejdet, idet der i samarbejdet omkring den tidligt forebyggende indsats indgår faggrupper, der ikke naturligt indgår i de kommunale strukturer. De mest fremtrædende faggrupper her er jordemødre og de praktiserende læger.

Udvikling af den enkelte

De enkelte medarbejdere i projekterne har fået udvidet deres kompetencer på forskellig vis. Der er i projektperioden blevet afholdt forskellige temadage og undervisningsforløb, hvor relevante emner, er blevet behandlet. Fokus her har gennemgående været to meget afgørende temaer i den tidlige indsats; barnets tidligste udvikling og tilknytningen/kontakten til mor og far.

Udvikling af samarbejdet

Ekstern supervision har her været et væsentligt indhold i arbejdet. Ligeledes nævnes samarbejdet i de enkelte projektgrupper, hvor der har været mulighed for at modtage faglig sparring, som en væsentlig del af opkvalificeringen og kompetenceudviklingen.

Udvikling af det tværfaglige samarbejde

Den enkeltes kompetencer i forhold til at deltage i det tværfaglige samarbejde er først og fremmest blevet udviklet gennem fælles tværfaglige temadage og undervisningsforløb. Formålet med udviklingen af det tværfaglige samarbejde har været at skabe et fælles sprog, en fælles begrebsverden og dermed et fælles udgangspunkt for indsatsen

Udvikling af det tværsektorielle arbejde

Sidste trin i udviklingen af det tværfaglige arbejde har generelt vist sig at være det sværeste område at udvikle på. Der er kun få succeshistorier at berette om, men der, hvor det er lykkedes, ses det, at det har været det personlige engagement hos enkelte medarbejdere, der har været drivkraften. Projekterne har haft svært ved at finde deltagere i det tværsektorielle samarbejde, der har villet tage del af ejerskabet for projektet, og derved har det tværsektorielle samarbejde generelt haft et meget svagt fundament at hvile på.

Samarbejdet med aktører udenfor kommunen

Også her har det været meget svært for projekterne at få aktørerne til at tage del af ejerskabet omkring den tidlige indsats. Generelt har projekterne haft svært at komme i kontakt, endsige etablere et samarbejde med de to væsentlige aktører jordemødre og praktiserende læger. De få gode eksempler på god kontakt og godt samarbejde bunder nærmest i tilfældigheder, og der træder ingen mønstre frem, der kan give retningslinjer for, hvordan dette område kan udvikles. Uanset hvor samarbejdet skal tage sit afsæt og hvem man skal samarbejde med, er det vigtigste og mest afgørende, at der sker en vedvarende formidling af projektets indhold med henblik på at få samarbejdet forankret ud fra faglige argumenter.



EFFEKTEN

– betydningen for familien og for faggrupperne

Det generelle billede i satspuljeprojekternes afrapportering viser tydeligt, at projekternes indsats har medført forskellige effekter.

Effekterne er naturligt nok forskellige, alt efter om projektets indsats har rettet sig imod familierne, eller om indsatsen har rettet sig mod det tværfaglige samarbejde i projektet.

Det er meget fremtrædende i projekternes afrapportering, at familierne ofte nævner at have fået en øget glæde og tryghed i familierne, der har givet dem energi til at deltage i en udviklingsproces omkring deres egen familie. Det opleves også som positivt af familierne, de igennem projekterne har fået muligheder for at modtage sparring i forhold til deres forældreskab. De har igennem sparring modtaget råd og vejledning i forhold til familiens udvikling, og de har oplevet at få nye handlemuligheder. En tydelig effekt er derudover, at familierne har profiteret af hurtighed som metode, som flere projekter har arbejdet med. Afklaring af problemerne og en hurtig indsats, der betyder, at der tidligt kan arbejdes med de erkendte problemer, fører i alle familier positive resultater med sig.

For fagpersonerne i projekterne har der også været en række positive effekter. Der er i projektperioden opstået helt nye samarbejdsrelationer både til nære kollegaer, til kollegaer i øvrigt, men også i få tilfælde til samarbejdspartnere uden for den kommunale organisation. Her er det især samarbejdet med de praktiserende læger og med jordemødrene ansat i regionerne, der har været et foretrukket tema, man har forfulgt i en del af projekterne. Samarbejdet med faggrupper, der ligger uden for de kendte kommunale strukturer, har vist sig at være en udfordring for projekterne. Nogle har skabt et gennembrud, andre har haft og har fortsat svært ved at kommunikere med disse faggrupper.

Nedenfor er oplistet en ganske lille del af udsagnene om projekternes effekter. Citaterne viser, at der af alle projekter og i hele projektperioden er blevet arbejdet meget intenst på at udvikle den tidlige indsats i det tværfaglige samarbejde.

” Nye samarbejdsrelationer

Der er blevet knyttet nye bånd mellem dagplejen og projektet. Dette giver mulighed for at etablere nye samarbejdsrelationer. Samarbejdet med dagplejen har givet gensidigt indblik i hinandens vilkår og givet en ivrighed for at løse nogle af de ”systemfejl”, som kan opstå, når nye tiltag etableres. Samtidig har projektet givet dagplejen muligheden for at skabe mere viden om sårbare børn i dagplejen. “

” De bruger hinanden

Mødrene er glade og trygge. De er afslappede og giver en hånd med om nødvendigt. De kan vente og tør sige til, hvis noget er svært, og de ønsker hjælp og vejledning. De bruger hinanden som sparring i forhold til børn og parforhold og i forhold til forældre og venner. “

” Mødrene henvender sig fortsat

En positiv effekt af vores arbejde ser vi i, at der, når en gruppe er afsluttet, er flere mødre, der fortsat henvender sig for at få råd og hjælp. En mor ønsker at få en sundhedsplejerske med til et institutionsmøde. En anden mor ønsker fortsat, at sundhedsplejersken kommer i hjemmet og giver råd og vejledning. Nogle mødre vil gerne have familievejlederens hjælp til at skrive jobansøgninger. Nogle mødre kommer forbi hos sundhedsplejersken og ønsker at få en snak med et kendt ansigt. Alt sammen tegn på, at vores mål om at skabe initiativ og tillid er lykkedes. “

” Fire ud af fem parforhold er intakte

En positiv effekt er, at der har været et meget stabilt fremmøde i gruppen. Fem ud af syv har gennemført forløbet. En er fraflyttet kommunen – en er stoppet på grund af konflikt. Andre positive effekter, der er ingen anbragte børn, fem drenge i alderssvarende udvikling og uden alvorlige tegn på mistrivsel. Alle fem unge mødre har ved udgangen af projektet en plan for fremtidig arbejde/uddannelse. Tre børn er i dagpleje, og et barn er i vuggestue. Det sidste barn passes af mormor. Fire ud af fem parforhold er intakte, og der er skabt venskab mødrene imellem. Derudover har vi har formået at få fat i fædrene. Når de tværfaglige medarbejdere deltager i gruppeforløbet, opleves et senere samarbejde meget lettere og mere nuanceret. Fagpersonen får et bedre vurderingsgrundlag, og den unge føler sig mere tryk. Der er sat fokus på det tværfaglige samarbejde omkring den sårbare gravide/unge mor, og alle faggrupper viser stor interesse. “

” Fokus på sundhedsplejerskens indsats

Projektet gør, at der i forvaltningen og i det tværfaglige samarbejde er meget fokus på den indsats, vi yder som sundhedsplejersker, hvilket er rigtig dejligt og positivt. Det giver energi i det daglige arbejde, selvom det selvfølgelig også tager tid. Vi tænker, at i et projekt som dette virker den arbejdsgruppe, vi er i, som et netværk og kan være med til at hindre udbrændthed, samtidig med at den højner kvaliteten i arbejdet. “

” Vi tror på, at det er det rigtige, vi gør

Vi oplever, at når vi har planlagt noget, vi skal snakke om, er det meget forskelligt, hvor interesserede de er i emnet. Derfor er det meget vigtigt, at vi kan samle op efter kun en uge og prøve at nå dybere. Vi synes ikke, de tager helt nok fra, som vi kunne håbe på, men det er også en anden slags piger, end vi normalt har i de almindelige mødregrupper. Men vi tror på, at det er det rigtige, vi gør, når vi prøver at holde dem fast i, at de skal have andet og mere ud af at mødes end at spise og få noget at drikke. “

” De praktiserende læger ringer tilbage

Ved en sammenkomst sammen med en af praktiserende læger kommer vi til at tale om vores projekt og den store værdi, der er i et godt tværfagligt samarbejde om vores unge familier. Den praktiserende læge ringer tilbage for at aftale en dato med ”sin gruppe,” vi sender vores foldere og en information om projektet. Der aftales en halv time til vores besøg på deres møde. På forhånd har vi fundet navnene på de unge mødre, der er tilknyttet denne praksis, hvilket viser sig at have meget stor betydning for deres nærvær og engagement i mødet. “

” Læge eller jordemoder finder anledning til bekymring

Vi har haft held til at få et meget tæt og godt samarbejde med praktiserende læger og især jordemødre. Vi har i perioden fået henvist 40 gravide, hvor læge eller jordemoder har fundet anledning til bekymring. Der vil normalt findes 10-15% ”børn i ”risikogruppen,” vi har fået henvist knap 10%. Før projektstart fik vi sjældent henvendelser fra jordemor og læger – typisk kun omkring fem henvisninger om året.

Det er vores oplevelse, at vores opsporing af sårbare familier er ret ”finmasket”, idet vi i løbet af hele projektperioden kun har haft én mor, hvor vi efterfølgende undrede os over, at hun ikke var blevet ”opfanget” af læge eller jordemor og henvist til os.

Især viser jordemødrene sig at være meget dygtige til at henvise ”de rigtige”. Dette på trods af, at de kun møder de gravide én gang først i graviditeten (uge 12-14) og siden først i uge 28. Jordemødrene henviser således typisk den gravide efter kun én eller to kontakter. “

” Udarbejdelse af henvisningsdokument

Der er blevet udarbejdet et henvisningsdokument til brug mellem jordemødre og sundhedsplejersker. Dette dokument er en yderligere udarbejdelse af det visitationsskema, som benyttet i begyndelsen af projektet.

Skemaet muliggør en synliggørelse af årsagen til henvisningen. Det vil sige, at kvinden henvises, dels fordi hun er i 2. trimester af graviditeten, måske fordi hun er under 25 år, eller fordi hun falder ind under et af de andre kriterier som forhøjet BMI, rygning eller pga. sociale omstændigheder. Kvinden skal selv skrive under på, at dokumentet sendes til sundhedsplejerske, n og hun er enig i det. der er skrevet.

Dette bevirker, at sundhedsplejersken har et andet og bedre udgangspunkt, da hun ved, at den gravide er orienteret om henvisningen. I begyndelsen af projektet var nogle af de gravide ikke helt klar over, hvorfor de var visiteret.

Jordemødrene er med det nye skema blevet mere skarpe til at få dokumenteret henvisningsårsagen, både med afkrydsning i rubrik og med skrevne ord. “

” Et netværk, der kan trækkes på

Effekterne er udvikling og justering af samarbejdet ud fra fælles viden/visioner og ud fra afsøgning af nye erfaringer om, hvad der virker, og hurtig handling i forhold til den enkelte familie og det enkelte barn. En oplevelse hos den enkelte medarbejder af at have et netværk at trække på. En idé og erfaringsopsamling som et udviklingsværktøj for den enkelte medarbejder, faggruppen, ledelsen og organisationen. Indførelse af en kultur for generel kompetenceudvikling gennem fælles opkvalificering og vidensdeling. Mulighed for at styrke fælles fokus på tværs af faggrupper (fx metode til opsporing af tilknytningsforstyrrelse). “

” Effektiv mødeledelse

Når møder skal have effekt, kræver det effektiv mødeledelse. Tag ledelse af mødet; hvis ledelsen ikke er givet, så bed om den. Tag positionen som mødeleder og ordstyrer. Gør rammerne klare og fælles omkring tid, formål, deltagere og udkomme. Inviter til, at dette er et vigtigt og glædeligt møde, hvor vi får lejlighed til at mødes, udveksle, reflektere og udvikle. Inviter til, at dette er et fælles reflekterende rum, og sørg for et godt arbejdsmiljø. Inviter til, at dette er et rum, hvor der er plads til forskelligheder, også til uenigheder, men stadig med henblik på at kunne lære af disse. Gør det klart, at dette ikke alene er behandling af familiens problemer, det er i lige så høj grad også hjælp til at få samarbejdet til at fungere, til at udveksle information og refleksioner mellem familie, samarbejdspartnere indbyrdes etc. I dialogen ligger bevægelsen mellem flere kontekster. Denne bevægelse er en del processen og mødeledelsen skal kunne håndtere bevægelsen i de forskellige kontekster. Som mødeleder: Tilstræb, at flertallet af svar og spørgsmål går gennem dig. Lad samtalen udforme sig i retning af et interview, hvorved deltagerne får lejlighed til at lytte til hinanden. Tilstræb, at der ikke tales direkte til hinanden. “

” Mindre angst for fødslen

Forsamtalen bevirker, at deltagerne har viden om deres økonomiske muligheder, de har afklaring på deres boligsituation, og evt. faderskabssag er sat i gang, inden gruppeforløb starter. Deltagerne mødes undertiden med alle fra deres gruppe eller med enkelte uden for rådgivningen. De gange, hvor alle har deltaget uden for rådgivningen, har det været på initiativ fra de kvinder, vi vurderer som de mest ressourcestærke. De gravide fortæller ved afslutning af fødselsforberedelsen, at de er mindre bange for fødslen. “

” Nye handlekompetencer

I projektet er der blevet skabt glæde, og der er blevet udviklet ny viden. Deltagerne har fået tilført nye handlekompetencer og har fået en øget tryghed ved at være mor og derigennem nyt mod på at komme videre. Mødrene har også opnået at få nye venner. “

” Brobygning til dagplejen og vuggestuerne

Børne- og familierådgivningen er organiseret med vægt på tværfagligt samarbejde. Sundhedsplejen arbejder på at sikre spædbørns trivsel og udvikling i tæt samarbejde med alle faggrupper. Det kan bl.a. ses ved, at der er mulighed for at invitere en psykolog eller anden relevant fagperson med ud i hjemmebesøg for afklaring. Hvis der er behov, kan familien tilbydes en eller to afklarende samtaler som forebyggende foranstaltning. Derved opfanges mange begyndende problemer. Der er desuden brobygning til dagplejen og vuggestuerne, som har mulighed for også at tilkalde hjælp fra andet led, uden at det bliver en sag. “

” Historiefortælleren, der ikke kan læse

Vi har haft besøg af en ”historiefortæller”, der demonstrerede, hvordan man kan lave sin egen historie og fange barnets opmærksomhed – børnene hoppede af overraskelse ved historiefortællerens nuancer i stemmeføringen. De sad musestille og ”lyttede”. Historiefortællingen havde endvidere den gevinst, at forældre med store læsevanskeligheder oplever, at de alligevel er i stand til ”at læse” godnathistorie for deres barn, nu er det deres fantasi, det gælder i samspillet med barnet. “

” Vi spiser vores aftensmad ved spisebordet

Vi oplevede, at fædrene spejlede sig i det, som vi gjorde. Eksempelvis praktiserede vi, at hver gang vi mødtes, satte vi os ved et veldækket bord – børn såvel som voksne. Fra sundhedsplejebesøg i fædrenes eget hjem havde vi erfaret, at mange af dem i hverdagen ikke havde haft til vane at sidde og spise sammen med deres barn ved et spisebord. Ofte havde de indtaget noget hurtig mad foran fjernsynet. “

” Far er ikke en ny slags mor

En pointe for sundhedsplejerskerne har derfor været, at fædrene ikke skal skabe sig selv som en ny slags mødre, men som fædre, hvor de på deres måde kan definere deres egen farrolle. Fædre er indbyrdes forskellige med forskellig vægtning af omsorg og leg. Denne mangfoldighed er essentiel, men kan kun synliggøres og dermed gøres refleksiv i et rum, hvor fædrene kan udtrykke alternative muligheder i leg og omsorg. Fars Legestue har vist sig at være en mulighed herfor. “

” At se og høre – far

Vi brugte undervisningsfilm af ”normalt” far-barn-samspil. Fædrene var meget optaget af disse optagelser. Således udbryder en far helt spontant: ”Hvor er han god til at snakke med sit barn, det vil jeg også gerne være!”. Denne far var meget usikker og skulle følges til gruppen af sin kæreste. De fædre, der har deltaget i dette projekt, har efterfølgende altid været aktivt til stede i hjemmebesøgene. De har ”brugt” råd og vejledning fra sundhedsplejersken på lige fod med morderen. De kan selv ringe i sundhedsplejerskens træffetid og

bede om hjælp. Vi er overbevidst om, at en tidlig indsats som denne er virksom i forhold til at knytte bånd imellem far og barn, således at han altid vil forsøge at leve op til sit ansvar som far; også ved et brud i parforholdet. ““

”” **At bruge sig selv som rollemodel**

Det er en tavs gruppe, jeg møder første gang. Alle kigger på hinanden, de er på vagt og på usikker grund! Hvem tør lægge ud med sin historie? Jeg starter med at fortælle min egen historie som far. Jeg tager også alle historierne med, der ikke viser den perfekte far, for lidt tid med børnene, perioder med manglende nærvær osv. Vi snakker lidt løst og fast og afslutter mødet.

De kommende møder op til besøget fik vi mange gode snakke, mændene er nu trygge, og vi har skabt en stemning, hvor det er ok at åbne op. Historierne myldrer ud, og detaljer, der normalt ikke kommer fra en fars mund, vælter frem. Bekymringer om familien, usikkerhed om rollen som far, samfundets normer, arbejdspladsens manglende opbakning til fædre orlov, konens manglende vilje til at lukke far ind i barnets verden og andre lign. ting fylder rummet. Vi bliver hurtigt enige om, at vi skal mødes igen, snart! ““

”” **Større fokus på far styrker parforholdet**

Forsøgene med at få fædre til at deltage i projekterne har betydet, at der i højere grad er kommet fokus på fædre og deres rolle i familien og i forhold til børnene. I perioden fra nov./dec. 2007 og frem til nu er flere fædre i unge familier blevet visiteret til psykologsamtaler, hvilket nærmest ikke fandt sted for et par år siden. Oftest sker det, at også parforholdet efter de indledende samtaler bliver bragt så meget på banen, at kæresten/ægtefællen deltager i nogle af samtalerne. Dette er med til at styrke såvel farrollen som parforholdet. ““

”” **Far er blevet en ligeværdig partner**

Vi tør vove at sige, at sundhedsplejerskens omsorg for far i besøg og via kursus i konflikt-håndtering har været medvirkende til, at far har skabt sig en position i familien, hvor han kan udtrykke sin mening/holdning over for moderen. Dermed har han stillet sig selv som en ligeværdig partner i parforholdet. ““

”” **Formidlingen skal også være visuel**

Undervisningen foregår i meget høj grad med visuelt materiale, hvilket alle er meget begejstret for, og det ser ud til, at de kan profitere af dette. Fx i undervisningen i kropsforståelse, hvor sundhedsplejerskerne har medbragt en torso, som kvinderne får lov til at skille ad og sætte sammen. Placeringen af livmoder og kønsorganer var en stor overraskelse for dem. Lungerne og deres funktioner blev der snakket meget om, da flere havde børn med astmatisk bronkitis. ““

” Vedholdenhed giver gevinst over for de etniske kvinder

Sundhedspleje og socialt arbejde fylder meget i kontakten med disse grupper af kvinder. Det er et meget stort arbejde at få kvinder til at deltage, både i de etniske grupper og i grupper for unge mødre. Det kræver vedholdenhed og mange kontakter med den enkelte, evt. også ekstra hjemmebesøg, telefonopringninger og særlige aftaler med dem individuelt. Til gengæld kan man gennem vedholdenhed og professionel sparring mellem kollegaerne gøre en forskel for særligt udsatte grupper af mødre, både med dansk og anden etnisk baggrund. Her er tale om en indsats til en gruppe, som ikke deltager i sundhedsplejens tilbud til andre mødre. “

” Stof til eftertanke

Kvinderne giver klart udtryk for, at de er glade for at deltage, og at det er spændende, at gruppens deltagere er så forskellige. Vi lavede på et tidspunkt en øvelse, hvor kvinderne skulle placere vigtige personer i deres liv i et cirkeldiagram, og her var der flere, som placerede mødregruppen meget centralt. Således et klart udtryk for, at gruppen har stor betydning for den enkelte kvinde. Nogle fremhæver kontakten til de andre i gruppen eller til os som fagpersoner som det bedste ved forløbet. Andre peger mere på undervisningen og tilegnelse af ny viden, som væsentlig grund for at deltage. De fleste af mødrene fortæller, at de input, de har fået i Familieforum, er blevet taget op til debat med far derhjemme. En siger: ”Vi snakker mere om tingene derhjemme nu. Jeg tænker også mere på, at vi skal gemme uenighederne til senere, når børnene sover.” “

” Tag veninden og naboen med

Generelt er vores gruppeaktiviteter godt besøgte, og vi ser flere og flere kvinder i grupperne, som vi ikke tidligere kunne få til at komme, bl.a. kvinderne i den arabiske gruppe, hvor flere har fem-seks børn og en psykisk syg mand! Disse kvinder får meget ud af at udveksle erfaringer med andre ligestillede, og succeser ser vi bl.a. ved, at de er begyndt at tage veninder og naboer med. “



DET SÆRLIGE OMKRING MØDRE

At se og høre barnet

Projekterne har vist, at et af de allerstørste indsatsområder for den tidlige indsats er moderens og faderens evne til at se, høre og fornemme barnet og dets behov.

Barnet, såvel det ufødte som spædbarnet, er 100 % afhængig af nærmeste omsorgsperson, som oftest er moderens evne til at kunne opfatte alle de signaler, barnet sender for at få kontakt med omverdenen. Kontakten med omverdenen er livsnerven i barnets udvikling. Vigtigheden af denne kontakt er dokumenteret igen og igen, og der er i dag ingen som helst tvivl om, at den nære tilknytning og den nære kontakt til en omsorgsperson er livsvigtigt for barnets udvikling.

Langt de fleste mødre og fædre har fået overleveret evnen til at se, høre og fornemme deres barn igennem generationer. De træder forholdsvis uproblematisk ind i forælderrollen og oplever ikke større frustrationer over det at få et barn, end de kan klare med de indre strukturer, de er i besiddelse af, og som er udviklet gennem deres egen opvækst.

Men der er nogle mødre og nogle familier, for hvem det ikke er så naturligt at være opmærksom på barnets signaler, og som ikke kender og forstår betydningen heraf.

For en gruppes vedkommende vil det være et fravær af omsorgsevnen, der gør sig gældende. Mødre i denne gruppe optræder kun enkeltvis i projekterne, da disse mødre generelt har brug for et langt mere omfattende behandlingstilbud, der ligger uden for projekternes ramme.

Mødrene i projekterne har derfor for langt de flestes vedkommende været mødre, der af en eller anden grund, for kortere eller længere tid, har mistet evnen til at se, høre og fornemme deres barn og dets behov. Årsagerne til dette midlertidige tab af omsorgsevnen er mangeartede, og det ligger uden for denne publikations rammer at opliste årsagerne hertil.

Tabet af evnen til at se barnet kan for den ene begrundes i en uafsluttet faderskabssag, der fylder og tager alle kræfter fra moderen, hvor det for andre kan være dårlig økonomi eller en usikker fremtid, der er det afgørende element, der udløser tabet af evnen til at være en god mor for barnet.

Grundlæggende hænger evnen til at se, høre og fornemme barnet uløseligt sammen med at "have sig selv på plads". De mødre, der har været tilknyttet projekterne, har det generelle

fællestræk, at de ikke "har sig selv på plads". Deres indre struktur er forstyrret, og et kendetegn for mødre i projekterne er, at det oftest ikke kun er én isoleret årsag, der bevirker, at deres indre struktur krakelerer.

Det kan være den meget unge mor, der ud over at skulle identificere sig som mor i en meget tidlig alder også skal forholde sig til tabet af teenageroplevelserne og til at være omsorgsgiver for et barn. Samtidigt kan hun have forskellige andre problemer i forhold til bolig, uddannelse og evt. samliv med barnets far.

Alle disharmoniske forløb i forhold til graviditet og de allerførste af barnets leveår sætter sig sine spor hos moderen (familien) og derigennem også i barnet. Moderen kan på grund af mange forskellige forhold komme i en udpræget stress-situation, og det er denne stress, der blandt meget andet kan være årsag til, at moderen midlertidig ikke kan varetage moderrollen på tilstrækkelig god måde. Moderens stress påvirker barnet, og derved bliver et af de vigtige indsatsområder i forhold til den tidligt forebyggende indsats at få moderen ud af denne stress-situation, så hun selv bliver i stand til at tage vare på barnets trivsel og udvikling.

”Der er en omfattende forskning, som afslører en hel del om oplevelserne hos de babyer, som lever med mødre, som føler sig deprimerede eller vrede, næsten altid fordi de ikke får tilstrækkelig med støtte. De er stressede kvinder, som er afskåret fra de sædvanlige kilder til deres identitet. Alligevel forventes det af dem, at de er i stand til at finde de indre ressourcer til at håndtere en sårbar nyfødt babys fintfølelse nervesystem og skærme ham eller hende mod stress. Uheldigvis forholder det sig sådan, at når mødre selv bliver så stressede, at det bliver en kamp at håndtere deres babyer, kan babyens egen evne til at håndtere stress blive påvirket i en ugunstig retning.”

(Sue Gerhardt: Kærlighed gør en forskel – kærlige følelser former barnets hjerne.
Dansk Psykologiske Forlag 2004, s. 78)

Ovenstående viser, at det er altafgørende for barnets udvikling, at moderen eller anden omsorgsperson, der er tæt knyttet til barnet, er i stand til at se, høre og fornemme det. Og at det er af yderste vigtighed at arbejde intensivt med mødre frem mod det mål, at de bliver i stand til selv at tage vare på deres barn, både fysisk og psykisk.

Heri ligger muligvis kernen eller i hvert fald en af kernerne i indsatsen omkring den tidlige forebyggende indsats.

Projekterne har generelt været beskæftiget med at "opbygge" moderen, således at hun bliver i stand til at udfylde opgaven som mor, ikke kun på det praktiske plan, men også på det følelsesmæssige og udviklingsmæssige plan, således at tilknytningsforstyrrelser undgås, og at barnets sunde udvikling understøttes.

DET SÆRLIGE OMKRING SUNDHEDSHUSE

Hvad er et sundhedshus?

Sundhedshus, sundhedsbutik, sundhedscenter, servicebutik, forebyggelsescenter, borgercenter etc. Mange kommuner etablerer i disse år nye tiltag med fokus på det sundhedsfremmende og forbyggende arbejde. Etableringen finder ofte sted som svar på lukkede sygehuse, udflytning af rehabiliteringsopgaver fra sygehuse til kommuner, ønsket om at samle al sundheds-personale et sted, plads – eller parkeringsproblemer etc.

Fx benyttes betegnelsen sundhedshus, når

- en kommune samler en række af sine sundhedstilbud i en bygning, hvor der er mulighed for en genoptræningsindsats samt forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter
- en bygning rummer en fælles lægepraksis, speciallæger, fysioterapeuter og andet.
- der i forlængelse af en samling af sundhedstilbud er adgang til svømmehal og motionscenter
- en kommune samler mammografi, jordemoderkonsultation og ammeklinik i en bygning uden for sygehuset
- en organisation tilbyder de ansatte behandlinger, sundhedstjek, kostvejledning og psykologisk rådgivning i et særligt sundhedshus
- der er tale om et moderne tværfagligt center for behandling med flere faggrupper

For borgeren er det positivt, at der er kommet større fokus på sundhedshuse, og at mange kommuner og privatpraktiserende arbejder med at gøre adgangen til specialister, genoptræning osv. nemmere for borgeren ved at samle flere tilbud i samme hus. Men de mange betydninger kan også bidrage til forvirringen om begrebets betydning.

Projekterne under denne satspulje har arbejdet med at etablere og/eller udbygge sundhedshusideen med et særligt fokus på familier med anden etnisk baggrund end dansk. Etnisk danske familier har dog også gjort brug af sundhedshusene.

Det etniske sundhedshus

Der er kun få eksempler på etablering af et etnisk sundhedshus og endnu mindre viden om udbyttet af et sådant, som ramme om en indsats over for de særligt sårbare gravide og spædbørnsfamilier med anden etnisk baggrund end dansk. Projekterne har sat fokus på betydningen af såvel rammer som indhold, hvilket har givet en ny indfaldsvinkel til at udvikle den tidlige indsats over for disse familier.

Familier med anden etnisk baggrund end dansk kan af enten kulturelle, sociale, sproglige eller andre årsager have vanskeligt ved at få det fulde udbytte af det almene sundhedstilbud. Overordnet set viser projekterne, der har arbejdet med sundhedshuset som metode, at man har formået at tilgodese visse af denne målgruppes særlige behov og skabe gode betingelser for, at disse familier reelt kan profitere af tilbuddet.

Sygdomsopfattelse blandt etniske minoriteter

Flere kommuner oplever, at familier med anden etnisk baggrund end dansk ikke bruger de almindelige sundhedstilbud, og at de ikke reagerer, som man kunne forvente på de konventionelle kommunale tilbud. Rapporten **Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici – betydningen af etnicitet og migration** giver et godt billede af de udfordringer, der ligger i arbejdet med etniske minoriteter:⁴

” Vi ved fra undersøgelser, at nogle etniske grupper har en anden livsstil og et andet sygdomsmønster end danskere. Dette kombineret med fx vanskeligheder med at tale dansk gør, at det er en særlig udfordring at kommunikere om risiko og sundhed til disse grupper. Hvis sundhedspersonale og myndigheder skal være dygtigere til at kommunikere med de etniske minoriteter, kræver det viden om, hvordan de forskellige etniske grupper forstår og håndterer sygdomsrisici. “

Videre fortæller Anna Mygind, der er medforfatter til rapporten, følgende:

” Hvis man ikke har et job og en økonomi, som giver en reel indflydelse på egen situation, kan det også være svært at tro på, at man har kontrol over sit helbred. “

Disse citater beskriver nogle af de mangeartede og ofte komplekse problemstillinger, sundhedspersonalet står overfor i arbejdet med familier med anden etnisk baggrund end dansk. Det er således ikke overvægten eller det forhøjede blodtryk, der har første prioritet hos kvinden eller manden, der henvender sig, men i højere grad måske tvivl om, hvordan en børnefødselsdagsfest afholdes, eller hvordan en skrivelse fra kommunen skal forstås. Her er det vigtigt for fagfolkene at kunne lægge den oprindelige dagsorden baseret på deres faglighed til side og tage fat i den problemstilling, der fylder mest lige i det øjeblik..

Projekterne under sundhedshusetemaet har arbejdet med mange af netop disse problemstillinger omkring opfattelse af sygdom, egenomsorg, barrierer i forhold til sprog, social og økonomisk situation, religion osv. Gennem arbejdet har projekterne oplevet succes ved at tænke åbent og til tider utraditionelt. Mange projektdeltagere giver udtryk for, at det har været meget spændende, og ikke mindst har det for mange fagfolk været en stor udfordring ”at skulle sidde på hænderne”.

⁴Rapporten er udarbejdet af Anna Mygind, Maria Kristiansen, Allan Krasnik og Marie Nørredam, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet. 2006 for Sundhedsstyrelsen.

For en dybere beskrivelse af sygdomsopfattelse og -risici blandt etniske minoriteter henvises til den fulde rapport som findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.sst.dk).

Det lokale tilbud

Projekterne har haft et særligt fokus på de fysiske rammer for projektet. Den øgede opmærksomhed på betydningen af rammesætningen har betydet, at der er gjort mange overvejelser omkring den fysiske placering såvel i geografisk som bygningsmæssig henseende. Sammenhængen mellem rammer, indhold og tilbuddets placering har vist sig at være særlig virksom i forhold til de socialt udsatte familier med anden etnisk baggrund.

De fysiske rammer for tilbuddet kan med fordel placeres i det lokale miljø, hvor der er let og umiddelbar adgang. Det er vigtigt, at tilbuddet etableres som et lokalt forum for op-søgende og dialogskabende sundhedsarbejde for alle områdets beboere. Projekterne har været meget opmærksomme på, hvor deres sundhedshus blev placeret i lokalområdet. Flere har benyttet sig af allerede eksisterende lokaler, som i forvejen blev flittigt besøgt af borgere med anden etnisk baggrund. Rammerne for et sundhedshus spænder fra et lokale på et sprogcenter til et tilbud i et eksisterende tværfagligt miljø i et socialt boligbyggeri. Andre har brugt en lokal servicebutik, som borgere med anden etnisk baggrund i forvejen kommer i. Det har vist sig af stor betydning, at tilbuddet placeres i gåafstand, således at deltagerne og især mødrene kan tage deres barn og barnevogn med. Som en mindre detalje kan det tilføjes, at det ligeledes er vigtigt, at der er mulighed for at stille barnevognen i umiddelbar nærhed af det lokale, mødrene befinder sig i, når der etableres tilbud, der henvender sig til forældre med spædbørn.

Eksempel på betydning af den fysiske placering:

” Den fysiske placering af Etnisk Sundhedshus i forbindelse med Sprogcentret har en række fordele. Sundhedshusets ydelser (rådgivning, motion, temagrupper og temamøder) bliver en synlig og integreret del af Sprogcentrets tilbud til kursisterne. Omvendt får Sundhedshuset besøg af brugere, som i en række tilfælde måske ikke ville kontakte sundhedssystemet fx om emnerne kost og motion. Helt konkret får kursisterne tjekket syn og hørelse ved visitation til sprogundervisning. Sundhedsperspektivet, det brede sundhedsbegreb, bliver synligt i Sprogcentret og bliver et fælles anliggende og konkret område til samarbejde mellem sproglærere og medarbejdere i Etnisk Sundhedshus (hvor også sproglærere indgår).⁵ ”

Praktisk hensyntagen tolkes af mange som et grundelement i mødet med familierne. Desuden viser det et element af omsorg og ”jeg vil dig gerne”. Hensyntagen til de forudsætninger, som familierne har, kan være en forudsætning for i det hele taget at kunne komme i kontakt med familien. Det betyder dog ikke, at der i et hvert tilfælde kan tages de hensyn, en familie måtte give udtryk for at have.

⁵⁾ Etnisk Sundhedshus, Køge – Notat: Erfaringsopsamling (September 2007) udarbejdet af Sisophos – Evaluering & analyse.

Typen af tilbud

Sundhedshuset byder på mange forskellige typer af sundhedsfremmende tilbud:

- åben rådgivning
- temaaftener/temaoplæg
- motion
- temagrupper (kost, motion, mødre etc.)
- helbredstjek
- samtaler
- udflugter
- netværks/samtalegrupper

Tilbuddene udbydes forskelligt. Nogle har faste åbningstider, hvor de forskellige tilbud kan benyttes efter behov og lyst. Dvs. når døren til Sundhedshuset er åben, er der mulighed for at tage sig en tur på motionscyklen eller at få rådgivning om de spørgsmål, den enkelte har. Andre igen har faste tider, hvor grupper mødes med mere eller mindre fast struktur på møderne. Hvordan det enkelte tilbud skrues sammen, er i høj grad afhængig af, hvilke behov der gives udtryk for, og hvilke ressourcer der er til stede. Netop i forhold til ressourcer har flere været åbne for at gå til projektet med en ny indfaldsvinkel om, at det er brugeren, der sætter dagsordenen for, hvilke behov der er til stede, og ikke den professionelle, der udbyder tiltag, som vedkommende ser, der er behov for. Som nævnt tidligere har det for flere været en udfordring at skulle "sidde på hænderne", men generelt er tilbagemeldingerne, at det har været positivt for motivationsaspektet hos deltagerne, at projektlederne ikke nødvendigvis satte dagsordenen.

Bred faglighed

Sundhedshusene tilbyder en bred faglighed med overvægt af sundhedsplejersker. Enkelte har tilbud om tandpleje, møde med socialrådgivere, diætister, fysioterapi m.fl., der kan rådgive i forhold til et bredt spektrum af sundheds- og socialrelaterede problemstillinger. Andre bruger sproglerere eller integrationsmedarbejdere til at bygge bro mellem familien og sundhedsplejen.

Den brede faglighed er ofte repræsenteret gennem faste tværfaglige møder eller gennem supervision i konkrete faglige problemstillinger. Fagpersonerne bruger hinandens viden, også i forhold til konkrete aktiviteter såsom temaoplæg. Her kan lægen fx gøre brug af sundhedsplejerskens viden om formidling til netop den gruppe, oplægget er rettet imod, således at formidlingen bliver optimal og sundhedsplejersken kan drage nytte af den lægefaglige viden i konkrete problemstillinger. Det højner kvaliteten og udbyttet af temaoplægget. Familietereapeuter, psykologer, ernæringsøkonomaer etc. inddrages, når deltagernes spørgsmål og problemstillinger kræver det.

Mange har ytret glæde ved og høstet store fordele af at arbejde på tværs. Det har givet nye indfaldsvinkler til arbejdet, og ofte er nye arbejdsmetoder taget i brug i fællesskab. Det kritiske spørgsmål og den utraditionelle vinkel har fået god grobund, når der har været en

respekt for og en accept af, at alle har noget at bidrage den tværfaglige gruppe. Den fælles målsætning i projektet og evt. den fælles metodetilgang har skabt mulighed for udvikling – ikke blot af egen faglighed, men i nogle tilfælde af en fælles tredje faglighed. Dette især, når et projekt i fællesskab har taget en kendt metode i brug og sammen har fundet frem til ”deres” tilpassede metode, som er meningsfuld for såvel medarbejdere som deltagere.

Sundhedsplejerskens rolle

Projekterne har fået midler til at sætte et særligt fokus på sundhedsplejen, og det var et krav, at sundhedsplejersken skulle indgå som én af fagpersonerne. Det er derfor naturligt her at sætte et særligt spotlys på sundhedsplejerskens rolle.

Sundhedsplejersken antager i alle projekter ikke blot én, men mange roller. Det vil gå for vidt her at nævne alle, der er nævnt i fælles seancer eller under besøg, men rådgiver, visitor, coach, gruppeleder, træner, bager, teamleder, kollega, projektleder- eller medarbejder, underviser, reservemor osv. for blot at nævne nogle stykker. Mange roller, der ved enhver given lejlighed kommer i spil, og som sundhedsplejersken ikke altid bliver varslet om.

Sundhedsplejersken skal kunne holde sig sundhedsaspektet for øje og ikke fordybe sig i sociale problemstillinger. Det kræver, at sundhedsplejersken er fleksibel, fagligt godt rustet, har fornemmelse for, hvad der sker i et rum eller i samtalen med kvinden eller manden, kan lægge ting fra sig og ikke har for høje ambitioner, når brugeren ikke selv ser en nødvendighed i at handle her og nu. Samtidig skal hun være i stand til at handle, når det er påkrævet og tie, når mere faglig viden ikke gavner læringsprocessen. Det kan være svært for enhver professionel til tider at skulle tilsidesætte egen faglighed, men det har vist sig, at det kan være en nødvendighed og også være til gavn for borgeren.

Opbygning af tillidsforhold tager tid

Endnu en udfordring for projekterne er, at få kontakt med deltagere, der ligger inden for målgruppen. Det har ofte været vanskeligt at få kvinder eller forældre til at deltage i projekterne. Det har været lettest i de projekter, hvor der i forvejen er skabt en relation mellem den enkelte sundhedsplejerske (evt. andre fagpersoner) og kvinden gennem hjemmebesøg eller anden kontakt. Her har det været muligt at bygge på det tillidsforhold, der allerede er skabt. I de projekter, hvor kontakten har været sparsom eller ikke eksisterende, har det taget megen tid – og krævet megen tålmodighed – hos sundhedsplejersken. Vedholdenhed, ekstra hjemmebesøg og telefonopringninger har i mange tilfælde kunnet bryde isen. I andre projekter har det været nødvendigt at åbne tilbuddet, således at der var mulighed for at medbringe en veninde eller en søster som bisidder.



Indvandrerkvinder bruger først og fremmest deres familie og nære venner til at formidle viden om sundhed og mange andre forhold til hinanden. Men mange af kvinderne har ikke deres familie i nærheden i Danmark og kan derfor ende i isolation. Her kan et sundhedshus i nærheden være med til at bryde isolationen. Flere projekter har erfaret, at oplysninger typisk går fra mund til mund, og at det derfor er vigtigt, at der opbygges et trygt sted med positive oplevelser for at kunne fastholde kvinderne.

De trygge rammer i fx sprogcenteret eller servicebutikken kan være med til at skabe en kontakt til de familier, der ellers ikke henvender sig til sundhedsplejen. Kendte ansigter fra lokale tilbud kan være med til at bygge bro mellem sundhedsfagfolk og familier med anden etnisk baggrund. Her er det derfor væsentligt, at der er et overlap af personer i den første tid. Et brev eller en opringning om et nyt tilbud er ikke nok. Der er størst succes når det er den samme person, som familien har et kendskab og tillid til, som også er med i tilbuddet - i hvert fald det første stykke tid.

Formidling – learning by doing

Det er vigtigt at tænke på formidling, når man ønsker at komme i kontakt med familier med anden etnisk baggrund end dansk og ikke mindst, når man ønsker at fastholde deltagernes fortsatte deltagelse. Alle projekter har gjort sig overvejelser omkring sammensætning af grupper som fx alder, geografi eller sprogkunderskaber, hvilket der er kommet mange forskellige grupper ud af. En international, en somalisk, en arabisktalende eller ”bare” en gruppe for mødre.

Et gennemgående tema for alle sundhedshus projekterne har været de pædagogiske overvejelser om bl.a. formidling. Hvordan formidler man til fx en indisk kvinde, der ikke kan dansk, hvor livmoderen sidder? Eller hvordan får man sagt til en teenager, at ti colaer om dagen er for meget, og at det måske er bedre med to og mere vand fra hanen, når colaen er et symbol på rigdom og vandet fra vandhanen oftest i teenagerens hjemland var urent og ikke kunne drikkes? Det er nogle af de formidlingsproblemer, som flere har mødt i deres arbejde.

Mange har gjort brug af hjælpemidler af meget forskellig art. En kropstorso kan ikke blot være med til at formidle, hvordan de reproduktive organer ser ud hos kvinder og mænd, den kan også bruges, når kvinden fx skal vise nøjagtigt hvor smerterne sidder. Mange har gjort brug af dagligdags sunde madvarer for at vise, både hvordan de ser ud, når man skal købe dem i supermarkedet, og hvordan man kan bruge dem i madlavningen.

En gennemgående erfaring er, at det er vigtigt, at familierne bruger sig selv og deres hænder i arbejdet. At der ikke skal være for lange foredrag, hvor man blot skal lytte. Flere har givet udtryk for, at ” Learning by doing” som pædagogisk princip er måden at formidle på. Nogle har valgt at bruge tolke, andre har valgt at lade kvinderne tolke mellem hinanden, og andre igen har valgt at bruge dansk med mange fagter og hjælpemidler. Uanset fremgangsmåden er den generelle tilbagemelding, at ambitionsniveauet skal fastsættes i forhold til den gruppe af deltagere, der er til stede. Det kan betyde, at fagfolk i visse situationer må udvise stor tålmodighed i formidlingen, og til tider, at dagsordenen må sættes til side.

Tolkebistand eller ej

Projekterne har haft forskellig tilgang til brugen af tolkebistand. For nogle har udgangspunktet været, at der ikke skulle være tolke tilstede, men at deltagerne og fagfolkene med fagter, tegnsprog og andre kommunikationsmidler har skullet formidle viden. Her har flere gjort mange gode erfaringer med at være kreative i deres tilgang og bl.a. brugt torsoer, madvarer etc. til at formidle budskabet. Flere har udelukkende brugt trykt materiale for at gøre opmærksom på projektet over for deres samarbejdsrelationer. Uanset hvilke metoder man anvender er det vigtigt at fastholde den åbne tilgang til deltagerne og have en god portion tålmodighed.

Projekter, der har brugt tolke, har haft gode såvel som mindre gode erfaringer. Til de mindre gode erfaringer hører problemstillinger om, at tolken er en del af den "forkerte" klan og derfor ikke accepteres af gruppen. Flere steder har det været problematisk at skaffe en tolk til de aftalte møder. Ligeledes har det været svært, når gruppen af deltagere har været sammensat fra mange forskellige lande og derfor ofte også mange forskellige sprog.

Sundhedsfremmetanken

Alle projekter har taget helt eller delvist udgangspunkt i en sundhedsfremmende tilgang. Når der tages afsæt i et sundhedsfremme perspektiv, hvor sundhed bl.a. anskues som en kompetence, og hvor der lægges vægt på handlemuligheder og muligheden for at træffe egne valg på baggrund heraf, har det stor betydning for udbyttet af forløbet. Projekterne har tilrettelagt fleksible tilbud, som tager afsæt i målgruppens udtrykte behov og ressourcer. Det betyder, at mange tilbud først er oprettet, når deltagerne har udtrykt et behov for at arbejde med et særligt tema. Fx har et projekt oprettet særlige gymnastikhold og hold med fokus på vægttab eller gåture. Flere har nævnt, at det er af stor betydning at lytte til gruppen, men samtidig også at have et fast program og en struktur til hvert fælles møde. Det har givet en genkendelig og et tilhørsforhold, der har betydet, at deltagerne har følt sig trygge i gruppen.

Der er ingen løftede pegefingre, men en inkluderende tilgang gennem metoder som fx "Du bestemmer", livshistorier eller den anerkendende tilgang. Metoderne tager udgangspunkt i brugerens individuelle mål og tager afsæt i disse frem for, hvad normen ellers tilskriver. Herved normaliseres borgernes egne behov, som herefter kan sættes op som konkrete mål.

Det har også betydet, at der er taget udgangspunkt i, hvad brugerne som gruppe har udtrykt behov for. Flere har brugt danske mødre som rollemodel eller mentorer. Der er fx afholdt møder mellem danske og somaliske mødregrupper for at åbne for en gensidig forståelse og respekt. Det har været en stor succes, fordi det er noget, brugerne selv gerne ville. Enkelte projekter har måttet indføre venteliste til enkelte tilbud, fordi efterspørgslen til fx tid med diætisten voksede hurtigt.

Sundhedsfremmetanken handler om egenomsorgsbegrebet og om handlekompetence. Udgangspunktet er, at kvinden eller manden får tiltro til, at de er i stand til at handle i forhold til forskellige aspekter i deres eget liv, herunder også i forhold til deres egen sundhed. Tor-

ben K. Jensen og Tommy J. Johnsen skriver i deres bog **Sundhedsfremme i teori og praksis** under deres anden af i alt ni teser følgende om sundhedsfremme⁶:

”I sundhedsfremmearbejde vendes opmærksomheden væk fra sygdom og over mod sundhed. Der fokuseres på, hvad der holder folk raske, i stedet for hvad der gør dem syge. Man fokuserer på ressourcer og handlemuligheder i stedet for på risici. Man sigter efter at mobilisere det overskud, der gør folk robuste over for dagligdagens og livets stressorer. Denne opfattelse af sundhed og sundhedsfremmearbejde er allerede til stede hos praktikere, som mere eller mindre tavs kundskab.”

I samtaler med fagfolk i projekterne bliver det tydeligt, at denne viden er til stede. Men det bliver også tydeligt, at der for mange er behov for at få sat flere ord på, hvad det betyder at arbejde sundhedsfremmende. Flere stiller det simple spørgsmål: Hvordan arbejder jeg sundhedsfremmende? Dertil er der naturligvis mange svar, som denne publikation ikke kan komme ind på, men ved henvendelse til de enkelte projekter kan emnet uddybes. Den tværfaglige sammensætning af medarbejdere har været en fordel i udviklingen af den sundhedsfremmende tilgang, idet denne tilgang kan blive til metodeudvikling, om det fælles tredje, som ingen har patent på.

Etnografisk metode – livshistorier

En tilgang, der giver en vis balance i forholdet mellem brugeren og fagpersonen, er den etnografiske metode. Metoden giver tid til at fortælle og undre sig sammen over, hvordan det danske samfund er sat sammen. Tid til at fortælle og spørge ind til, hvordan det var der, hvor den anden har sit hjemland og havde sin opvækst. Ved brug af denne metode får begge parter en forståelse for og en indsigt i hinandens tilgang og det åbner mulighed for, at læringsprocessen kvalificeres. Derved opnås flere resultater og en større viden, der kan bruges fremadrettet, således at den etniske borger får nye handlemuligheder i forhold til sit eget liv.

Livsfortællingerne åbner mulighed for at deltagerne gennem fortællingen kan udløse inde-spærret vrede, angst, depression mv. En fortælling kan være katalysator for, at både den professionelle og deltagerne får et nyt blik for fortælleren og en øget forståelse for den familiesituation, som vedkommende befinder sig i. Metoden giver mulighed for, at deltageren efter eget valg kan få sat ord på handlinger og erfaringer, der har betydning, og som måske kommer til udtryk gennem helbredssvigt eller familieproblemer.

⁶) Jensen, Torben K. og Johnsen, Tommy J. (2006) *Sundhedsfremme i teori og praksis*. (2006) Forlaget Philosophia, Århus. (s. 6)

Nogle projekter har arbejdet mere intenst med fortællinger end andre. Således har flere projektmedarbejdere opbygget en viden om livsfortællinger gennem kurser i en opkvalificering af deres arbejde med familier med anden etnisk baggrund end dansk. Det betyder dog ikke, at metoden ikke kan bruges eller er blevet brugt på etnisk danske familier. Også her har metoden gavn timer indblikket i den enkelte kvindes historie og forståelsen af den livssituation, hun befinder sig i.

Udviklingsrum, hvor etnicitet er ikke er det bestemmende element

Sundhedshusene har i henhold til formålet med puljen arbejdet med de etniske familier. Mange har haft forskellige grupper delt efter etnicitet og sprogfællesskaber. Der har således været grupper for arabisktalende mødre, for somaliske mødre og internationale grupper, hvor fællessproget var dansk. Desuden har der været et par enkelte fædregrupper, hvor hovedvægten har ligget på temaet unge etniske drenge. Enkelte steder har det været problematisk rent formidlingsmæssigt at have grupper med mange nytilkomne eller mødre, som ikke talte dansk.

Andre steder har det været et bevidst valg ikke at fokusere på etniciteten i gruppen, men snarere at det fælles for gruppen var, at alle var (nye) mødre. Der har her været større interesse for at finde ligheder blandt gruppens medlemmer frem for at sætte fokus på forskellighederne. Flere af deltagerne gjorde især i denne gruppe opmærksom på, at de var trætte af altid at fokusere på deres forskellige etnicitet. Det betød i stedet meget mere for tilhørsforholdet og sammenholdet i gruppen, at de alle inden for kort tid var blevet mødre.

Flere projekter har haft fokus på at skabe udviklingsrum for deltagerne – rum, hvor der bl.a. er arbejdet med forældrekompetence, sociale relationer, arbejdsmarkedspartnerskab osv., og hvor etniciteten ikke var den bærende kraft. Alle steder har der været fokus på at styrke deltagerens kompetence til selv at kunne handle fremadrettet, uanset om det var depressionen, angsten, diagnosen eller den kulturelle baggrund, der var deltagerens oprindelige udgangspunkt. Fokus var, at udviklingen i første omgang skulle være på egne vegne, men siden hen på hele familiens vegne. Udviklingsrummet er for mange blevet et fast holdepunkt, hvor støtte og omsorg er en selvfølge. På kryds og tværs af faglighed og i høj grad på kryds og tværs af etnicitet.

Synergieffekten ved sundhedshuse

Flere projekter omtaler, at de har oplevet en synergieffekt ved at have valgt den fysiske placering, som de har. Placeringen i sprogcenteret har betydet, at målgruppen er på stedet, at temaaftener kan følges op gennem undervisningen, og at syns- og høretesten til alle nye på skolen reducerer mulige indlæringsvanskeligheder fra dag ét. Dertil oplever flere, at sundhedsplejersken kan udnytte tiden bedre i gruppen frem for ved mange hjemmebesøg. En gruppe, der ellers ville have haft individuelle hjemmebesøg, kan nu hjælpes og hjælpe hinanden gennem et fast forankret gruppetilbud i sundhedshuset. Udvidelsen af netværket er for de etniske minoriteter, ligesom for andre grupper, et vigtigt gode.

Sammenfattende om etniske sundhedshuse

Den geografiske placering af et etnisk sundhedshus er vigtig. Lokalerne skal være lettilgængelige og indretningen må gerne indbyde til både uformel samtale og aktiviteter for forældre og børnene sammen eller hver for sig. Der skal være plads til at sidde og få en snak, men der må også gerne være plads til motionsredskaber og andre hjælpemidler i formidlingsøjemed. At der er sund mad på bordet, ses ikke blot som et tegn på omsorg, men også som en introduktion til nye madvarer og -vaner. At der er dækket op, og at man er ventet, lægger op til, at det er brugeren, der er i centrum og ikke de sundhedsprofessionelle.

Tilgangen til arbejdet må bero på en gensidig respekt, der oftest opstår gennem den sundhedsfremmende tilgang, hvor brugeren er i centrum. Arbejdet med at opbygge tillid tager tid, og der skal være plads til, at dagsordenen kan ændre sig. Den tværfaglige sammensætning af medarbejdere giver en synergieffekt til gavn for både de professionelle og borgerne.

Det fælles udviklingsrum kan antage flere ansigter og skal ikke nødvendigvis kun sammensættes af familier med anden etnisk baggrund end dansk. Det kan i visse tilfælde være gavnligt for etniske danskere og andre etniciteter at være sammen for at øge forståelsen for og accepten af hinanden.

Projekterne har på trods af individuelle forskelligheder i deres tilgang formået at få netop deres målgruppe i tale. Det har mange steder ikke været nemt, og nogle har måttet ændre tilgangen for at give fædrene lyst til at deltage og for at kunne samarbejde mere optimalt med andre fagpersoner.

Det er lykkedes at skabe kontakt til en målgruppe, der gennem almindelig kommunale tilbud kan være svær at få i tale. Ikke blot er der sat øget fokus på sundhed over for denne målgruppe, men også på integration i det danske samfund.



DET SÆRLIGE OMKRING FÆDRE

Som målgruppe var fædrene nærmest usynlige i den vidensindsamling, der ligger til grund for puljens temaer. I alt blev der fundet to projekter, der havde et særligt fokus på fædre. Erfaringerne viser dog, at fædrene – også socialt udsatte fædre – har uudnyttede ressourcer og samtidig også et ønske om større involvering. Flere af projekterne i denne pulje er blevet til, netop fordi flere fædre har spurgt sundhedsplejerskerne, om der ikke også var et tilbud til dem.

Fædre som tema, er meget på dagsordenen i disse år. Der skrives og drøftes om fædres involvering, barselsorlov øremærket til fædre osv. Fædrene er kommet mere i fokus. Mange sundhedsplejersker i projekterne giver udtryk for, at det også gør sig gældende i hjemmebesøget. Kontakten til barnet går ikke længere udelukkende gennem mor, men også gennem far. Det er dog fortsat, oftest de velfungerende og ressourcestærke fædre, der henvender sig eller involverer sig.

Temaet i puljen har været at sætte fokus på de udsatte fædre, og det er et pionerfelt, der betrædes. Der er lavet flere undersøgelser om fædres tilknytning til spædbarnet, synet på farrollen osv., men søger man efter undersøgelser, der har fokus på de socialt udsatte fædre, leder man forgæves.

Måske er det også derfor, at flere projekter har fundet det hensigtsmæssigt at foretage undersøgelser om fædrene og deres behov, inden de gik i gang med at udforme et egentligt tilbud. Undersøgelserne er enten foretaget af de lokale fagfolk eller af eksterne konsulenter, der over en længere periode har haft kontakt til målgruppen.

Socialt udsatte fædre

Men hvad vil det egentlig sige at være en "socialt udsat far"? Det er et spørgsmål, der er blevet vendt flere gange under fælles samlinger og mange gange i projektbesøgene. Begrebet "socialt udsat far" har været et svært begreb at arbejde med og et endnu svære begreb at hente deltagere til. Det har ført til, at flere projekter har været lidt i vildrede, når deres målgruppe skulle defineres og findes. Flere steder er målgruppen for projektet fundet gennem allerede eksisterende tilbud til mødrene. Her har udgangspunktet været kontakten til mødrene og den deraf øgede opmærksomhed på parforholdet og faderen. Flere projekter er opstået ved, at der igennem mange år er arbejdet med mødrene, og at fagfolk eller fædre selv har efterspurgt et særligt tilbud til far.

Der, hvor målgruppen har været defineret gennem mødrenes tilknytning til et særligt tilbud, har det vist sig, at betegnelsen socialt udsat ikke altid har matchet den far, der trådte ind ad døren. I disse grupper har fædre i parforholdet ofte haft langt de fleste ressourcer, uddannelse, job, netværk etc. og har i alle henseende været en udadtil velfungerende person.

Når udsathed er blevet synlig i disse familier, har det ofte været pga. den manglende viden og erfaring med farrollen, enten fordi der har været tale om en ung far, eller fordi der har været tale om en far, der ikke har haft sin egen far at spejle sig i. Et andet punkt for udsathed er ligeledes i de situationer, hvor det er kæresten/konen, der fx har en efterfødselsreaktion, der bevirker, at hele familien er kommet i en særlig svær livssituation. Her kan det dog være vanskeligt at betegne faderen som socialt udsat, men man kan i højere grad sige, at det drejer sig om fædre, der er i en særlig svær livssituation.

Velfærdsministeriet definerer socialt udsatte som *"personer, der lever i samfundets yderkanter, personer, der ofte har et dårligt helbred, der sjældent har tilknytning til arbejdsmarkedet, og som ikke drager nytte af samfundets almindelige tilbud til borgerne"*.⁷⁾ Enkelte projekter har haft stor succes med at arrangere tiltag til fædre, der med rette kan betegnes som socialt udsatte jf. ovenstående definition. Her har målgruppen inkluderet tidligere kriminelle, arbejdsløse, rockere eller fædre, der står helt uden netværk. Også her har det vist sig, at denne gruppe har flere ressourcer end først antaget og derfor kan påtage sig en større omsorgsrolle.

Ressourcer hos far

Fædre har mange ressourcer, som understøtter deres engagement og involvering i deres lille barn. Men mange fædre og især socialt svage fædre ses ikke som udgangspunkt som en potentiel ressource og medspiller. Det gælder fra begyndelsen af graviditeten, gennem fødslen og de første børneår. Men det er afgørende for faderens fremtidige rolle, at han ikke på forhånd er afskrevet fra at deltage og vise omsorg for barnet, men at han tænkes ind i familien som ressourceperson lige fra barnets fødsel. Det kræver et fokus på udvikling af den følelsesmæssige relation mellem fædre og spædbørn og på støtte til udviklingen af fædrenes omsorgsevne. Samværet skal også give mening for far. Ofte sker det først, når faderen kan se, at det har betydning for barnet og for forholdet – at det har en positiv betydning for familien, at far kommer på banen langt tidligere i barnets leveår.

Flere projekter bekræfter, at fædre nyder at kunne være alene med deres barn i et par timer. Uden indblanding fra mor, at kunne se deres barn sammen med andre børn, at kunne lege, når de sætter sig på gulvet hos barnet, at få nyt indhold i samtalen med mor og opleve, at de handler anderledes hjemme i forhold til deres barn end før. Ved at blive set som en ressource har fædre fået mulighed for at tage ansvar i forhold til barnet på et langt tidligere tidspunkt.

⁷⁾ Definitionen er taget fra Statens Institut for Folkesundhed i beskrivelsen af arbejdet med SOSY 2005 http://www.si-folkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/10_2007.aspx

For at se fædrene som en ressource kræver det, at de professionelle aktivt forholder sig til faderens rolle og funktion i forhold til barnet og bringer det ind i hjemmebesøget lige fra barnets fødsel.

Kommunikation mellem sundhedsplejerske og far

Ifølge den oprindelige rapport ligger der et udviklingsfelt i kommunikationsformer, som åbner for kommunikationen mellem sundhedsplejersker og fædre vedrørende fædrenes omsorg og tilknytning til deres spædbørn. Der er behov for at udvikle en kommunikationsform, som inddrager fædrene som mulige ressourcepersoner. En kommunikationsform, som fra graviditetens begyndelse fortæller, at far ikke er med på sidelinjen, men at han er ligeværdig og ønsket.

Mange projekter har gjort et stort stykke arbejde med at udvikle denne kommunikationsform. Der er udarbejdet mange nye foldere, hvor der er en bevidsthed i den sproglige formulering om at involvere faderen under forberedelsesmøder, samtaler osv. Projekterne har aktivt forholdt sig til faderens rolle og funktion i forhold til barnet. Der er taget særlige hensyn i forhold til at aftale hjemmebesøg tidligt eller sent på dagen, således at far kunne være med. Der er afsat mere tid til, at der i disse hjemmebesøg nu er to personer, der skal tilgodeses med henblik på at kunne varetage opgaven med at sikre barnets trivsel, udvikling og velvære.

Flere sundhedsplejersker har givet udtryk for, at det krævede lidt mere af dem at skulle tilgodegive begge forældre, men at det efter kort tid er blevet en rutine. Flere gør en aktiv indsats allerede i den første samtale ved at spørge aktivt ind til, hvordan far har oplevet fødslen, hvad de tænker om farrollen, og hvordan de ser sig selv som en aktiv del af barnets liv.

Kun til far

Flere projekter har udarbejdet skriftligt materiale, som henvender sig direkte til faderen. Det betyder, at faderen ikke omtales som partneren, den nære familie, støttepersonen osv., men opnår rolle og betydning som forælder på lige fod med moderen. Bevidstheden om at være inkluderende er ligeledes kommet til udtryk i den sproglige formulering, der lægger op til at involvere faderen under forberedelsesmøder, samtaler osv.

Ud over de skriftlige materialer har langt de fleste projekter udelukkende haft tilbud, der er rettet mod far og barn alene. Enkelte har involveret mødre i løbet af projektperioden. Fædre har her haft mulighed for at drøfte usikkerhed og bekymringer i forhold til det at være blevet far. Spørgsmål omkring søvn, mad, aktiviteter for spædbørn og ikke mindst aflæsning af barnets signaler har været rejst igen og igen. Spørgsmål, som fædrene før har siddet alene med, og som måske har gjort, at de har trukket sig i forhold til ansvaret for barnet.

Mange af de fædre, der har været med i projekterne, er som beskrevet tidligere, måske ikke dem, der typisk ville gå under betegnelsen socialt udsat. Men det er fædre, som befinder sig i en familiesituation, hvor moderen ikke alene kan tage ansvaret for det lille barn, eller hvor

fx barnets søvnproblemer er på vej til at få korthuset til at ramle sammen og familien til at ende i den stadigt voksende skilsmissestatistik.

Også derfor har det været af stor betydning, at tilbuddene alene har været for far og barn. Her har der været mulighed for at spørge sundhedsplejersker eller andre fagfolk om råd, og der har været mulighed for at se, hvordan andre fædre er sammen med deres barn. Tilbudene har desuden givet nogle af fædrene et øget netværk.

Tilbud med praktisk og konkret vidensindhold

Viften af tilbud, der udelukkende henvender sig til fædrene, har været broget. Tilbuddene har dog som regel været konkrete og praktisk orienterede med mulighed for leg med barnet. Viften har bestået af

- rådgivningsaftener
- åbne legestuer
- far og barn-svømning
- temaaftener med førstehjælp og musik/rytmik eller med besøg af sexolog, historiefortæller, læge eller pædagog
- temaaftener med madlavning
- konflikthåndtering (med partner)
- parterapi

Der er forsøgt flere måder at arrangere selve forløbene for fædrene på. Nogle med større succes end andre. En fællesnævner er dog, at møderne skal være strukturerede og have et tema som udgangspunkt. Temaet skal helst være praksisorienteret og give umiddelbar mening i fædrenes liv her og nu. Således har møder med temaerne førstehjælp, opdragelse, søvn og mad problemer været succesfulde. Ligeledes har det været vigtigt for fædrene, at der har været en sundhedsplejerske til stede, så akutte og aktuelle spørgsmål vedrørende deres barn har kunnet besvares her og nu.

Far er med i hjemmebesøg

En gennemgående effekt i alle projekter har været, at fædrene efterfølgende har været meget engageret i sundhedsplejerskens besøg i hjemmet. Flere nævner, at der ikke før har været så mange aktive fædre. Sundhedsplejersker, der er direkte involveret i projektet, har oplevet, at også deres kolleger har fået større fokus på far i hjemmebesøgene. Den større bevidsthed og mere direkte inddragelse og kontakt til far i forbindelse med sundhedsplejerskebesøg har bevirket, at far føler sig set og hørt som en ligeværdig partner. I lighed med mødrene ønsker de at være aktive i vejledningen om deres børn, også når det for nogle kræver ændring af arbejdstid osv.

Problemer med at få deltagere

Flere projekter har haft store problemer med at få deltagere til projektet. Årsagerne er bl.a., at målgruppen har været for lille, og et frafald eller en flytning kan betyde meget for sammensætningen af gruppen. Hvis projektet udelukkende har satset på at skulle sammen-

sætte fædretilbuddet af kærester eller mænd til mødrene har det haft betydning, at mange i mødregrupperne er alene med deres barn uden kontakt til faderen, hvilket gør deltagergrundlaget spinkelt,. Andre har erfaret, at behovet for at oprette tilbud til fædre alene var et behov hos fagfolkene end hos fædrene.

En anden stor hurdle har været kollegernes kendskab og opbakning til projektet. Det har taget meget tid at gøre opmærksom på tilbuddet og forklare indholdet og den bagvedliggende tanke. Det har for nogle været vanskeligt helt at sætte ord på det nye, inden det helt var gået i gang. Andre steder har det krævet, at moderen blev overbevist om, at det var godt for hele familien, at faderen fik et særligt tilbud. Et tilbud, hvor far også skulle være alene med barnet.

Samværet giver mening for mor

Mor har stadig en central rolle i familien i forhold til den lille ny. For nogle kan det være svært at skulle give slip og overlade barnet til faderen i en to-tre timers periode og det har for nogle krævet stor overvindelse at "give slip". Men mødrene har kunnet mærke, at far og barn er glade for samværet. Dertil har flere af mødrene fået fornyet energi, både af de "fritimer", de har fået, men også af at se relationen mellem far og barn blive stærkere. Far har fået mere viden om børnerelaterede emner og indgår mere ligeligt i omsorgen og opdragelsen af barnet på et tidligere tidspunkt. Far er blevet "god nok", ikke blot over for mor, men også ud fra barnets perspektiv, idet far er blevet mere tydelig i familien.

Kvindelige contra mandlige fagpersoner

I begyndelsen af projektfasen blev det drøftet, om det var en nødvendighed at tilbuddene skulle have mandlige professionelle, eller om det ville fungere udelukkende med kvindelige projektledere og medarbejdere. Erfaringerne fra flere projekter viser, at det ikke gør en afgørende forskel iflg. fædrene, om det er mænd eller kvinder, der leder tilbuddene. Der er fortalere for begge versioner. Nogle ønsker, at det er kvinder, så de kan få en kvindes perspektiv på tingene – vel og mærke en kvindelig fagperson og ikke blot deres egen kæreste/kone. Andre foretrækker at kunne spejle sig i mandlige fagpersoner – men igen vel og mærke en mandlig fagperson, der også har erfaringer som far.

Middagsmad ved spisebordet

Mad er gået meget igen i fædreprojekterne. Som nævnt andre steder i denne publikation er mad ligestillet med omsorg. Og mad leder over tid ikke blot til omsorg, men også til tilid. Mange barrierer er blevet nedbrudt ved, at der i tilbuddet er serveret god mad og ikke mindst ved at sidde sammen ved et spisebord omkring måltidet. Alle er kommet i øjenhøjde, der er noget at snakke om. Fædrene sætter stor pris på et færdigt måltid mad efter en lang arbejdsdag, eller når det er sidst på måneden og pengene til mad er knappe. Ikke blot er fagpersoner og fædre kommet i øjenhøjde, men linjerne mellem underviser/leder og deltager er ikke længere så skarpe, og der bliver større ligeværd i gruppen..

Det har vist sig, at mange, der før indtog deres måltider foran tv'et, nu gør meget ud af, at familien samles om spisebordet til måltiderne. Flere er blevet bevidste om, at spisebordet er den rigtige måde at spise sammen med sit barn på og at være sammen med familien på.

Afsluttende om fædre

Far kan og vil gerne være med tidligere i barnets liv. For at få far involveret i det lille barn kræver det dog først og fremmest, at fagpersonerne og også moderen ser ham som en resource og giver ham lov til at få en ligeværdig part i omsorgen. Projekterne under dette tema har arbejdet med at få sat fokus på ikke blot, hvad far har at tilbyde, men i høj grad også på, hvilke behov far har i forhold til den nyhvervede rolle som far. Udsatheden ligger ikke kun på den sociale side, hvor typiske barrierer som misbrug, kriminalitet, arbejdsløshed osv. kan forhindre, at en far får nærkontakt med sit barn. Udsatheden ligger i lige så høj grad i det manglende netværk, den manglende rollemodel og usikkerheden i, hvordan man reelt drager omsorg for et spædbarn.

Den største erfaring i projekterne er, at far er kommet mere på banen ved at blive set og anerkendt som en ligeværdig partner. Dette kræver, at sundhedsplejersken i sin kommunikation og i sin tilgang til især hjemmebesøgene involverer faderen fra begyndelsen. Kommunikationen skal være direkte rettet til far både i det skriftlige materiale og i det personlige møde. Derudover er det vigtigt at få kolleger i tale for at kunne forankre synet og det øgede fokus på hele familien som et fælles udgangspunkt for arbejdet med denne målgruppe.

Udover den individuelle opmærksomhed skal tilbud, der retter sig til far, være konkrete i indholdet. Om det er kvindelige eller mandlige fagpersoner, spiller ikke en afgørende rolle. Hovedsagen er, at tilbuddet udviser omsorg og er tillidsskabende i forhold til deltagerne. Målgruppen skal defineres, men skal være bred nok til at favne frafald for ikke at gå i opløsning efter kort tid. Som med alt pionerarbejde kræver det tålmodighed og vedholdenhed at fastholde fokus på far.



AFSLUTTENDE KONKLUSIONER

De afsluttende konklusioner tager udgangspunkt i tre hovedtemaer. Disse temaer er trådt tydeligt frem af det udviklingsarbejde, som alle 25 projekter, der har arbejdet med udviklingen af den tidligt forebyggende indsats, har præsteret, og som forhåbentlig kan inspirere andre til at få sat fokus på betydningen af tidlig indsats i et koordineret og tværfagligt samarbejde.

Temaerne er

1. Opsporing
2. Det tværfaglige samarbejde
3. Evaluering, læring og formidling.

De samme temaer optræder som forslag til en kanon for det tidligt forebyggende arbejde i artiklen Tidlig Indsats og Forebyggelseskannon i antologien, **Stemmer fra praksisfeltet – Fortællinger til inspiration i arbejdet med den tidlige indsats over for udsatte gravide og småbørnsfamilier**, der er en del af den samlede afrapportering for satspuljen.

Opsporing

Det er betydningsfuldt, at de professionelle, der kommer i kontakt med de gravide og spæd- og småbørnsforældrene, opøver deres evne til at være opmærksomme på de signaler, den vordende mor eller far eller forældrene til en nyfødt udsender, således at der bliver en sikker opsporing af problemer tidligt i forløbet. Kernen i opsporingsarbejdet er, at "nogen" bliver opmærksom på den familie, som vurderes ikke at kunne give barnet de optimale opvækstbetingelser, og at den, der har vurderet forholdene, tages alvorligt af sine samarbejdspartnere, når der sker en henvendelse.

I den tidlige fase af barnets udvikling er der ikke meget tid at tage af, og en af de væsentligste erfaringer, projekterne har frembragt, er, at den mest effektive tidlige indsats ses der, hvor der handles hurtigt, dvs. på de tidligste observationer af en eventuel fejludvikling i familien.

Projekterne har vist, at der er tre faggrupper, der er centrale i forhold til opsporing og initiering af tidlig indsats: Jordemødrene, de praktiserende læger og sundhedsplejerskerne. Deres betydning opstår som følge af deres tidlige møde med den gravide og den nye familie.

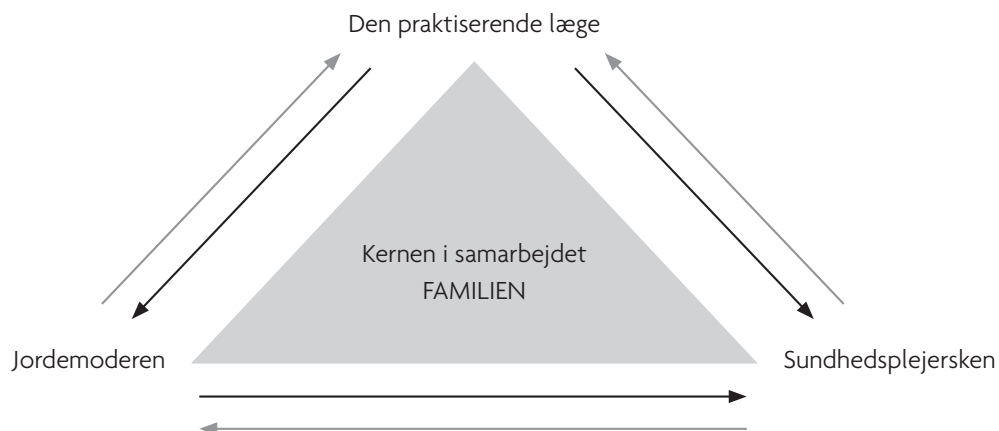
Udfordringen, eller barrieren, som det nogle steder har vist sig at være, er den manglende koordinering af den fælles tidlige indsats disse tre faggrupper imellem.

Jordemoderen observerer "noget", men er endnu ikke en naturlig del af et system, hvor dette "noget" kan bæres ind i et forum sammensat af andre fagfolk, der har med de gravide og deres familier at gøre. En af de barrierer, der ofte bliver nævnt, er, at jordemødrene med deres ansættelse i regionerne har vanskeligheder ved at kommunikere med det kommunale system.

Den praktiserende læge observerer "noget", men indgår ikke naturligt i et tværfagligt samarbejde med andre fagpersoner, der har med den gravide og deres familier at gøre. De privatpraktiserende læger er netop private og indgår derfor ikke på nogen måde som en naturlig del i et tværfagligt samarbejde om opsporingen af familier, der vurderes til at have behov for en tidlig indsats.

Sundhedsplejersken er en central fagperson i opsporingen af familier og den tidlige indsats, men har ikke uden videre adgang til de observationer, jordemoderen eller den praktiserende læge har gjort. Sundhedsplejersken er den kommunalt ansatte fagperson, der som regel først kommer i kontakt med familien efter barnets fødsel. Projekterne viser, at sundhedsplejersken som oftest udelukkende ud fra egne observationer skal danne sig et billede af de udviklingsmuligheder, familier har, og vurdere de risici, der måtte være, i et monofagligt vakuum. Hun har således endnu ikke en naturlig platform for sin indsats, der gør, at hun kan planlægge en støttende intervention i familien i samarbejde med og med udgangspunkt i jordemoderens og den praktiserende læges observationer og eventuelle bekymringer for barnets og familiens trivsel og sunde udvikling.

Der er i projektperioden set nogle gode tiltag til udbygning af det indbyrdes samarbejde disse tre faggrupper imellem. Det er dog en klar samlet vurdering, at der ligger en stor opgave i at udvikle og styrke samarbejdet i opsporingsfeltet, og at de tidlige signaler tages alvorligt, således at der handles herpå snarest muligt.



Det tværfaglige samarbejde

Erfaringerne i projekterne viser tydeligt, at nøglen til en velfungerende tidlig indsats er det tværfaglige samarbejde. Effekten af den tidlige indsats forstærkes, når de væsentligste aktører omkring familien samarbejder med respekt for de andres fagligheder og med udgangspunkt i det, familien selv opfatter som væsentligt at tage fat på.

Det tværfaglige samarbejde giver den enkelte fagperson mulighed for at hente hjælp og støtte i vanskelige og komplekse sager. Og det giver den enkelte fagperson mulighed for at få suppleret egen faglighed med andre fagligheder, hvilket på sigt bidrager til at styrke den tidlige indsats.

Der er nogle få grundelementer, der skal indgå i et tværfagligt samarbejde, for at det kan vurderes som vellykket og effektivt. Der skal være en styrke i egen faglighed og udpræget respekt for andres faglighed.

Derudover er det vigtigt at forholde sig til, hvem der skal indgå i det tværfaglige samarbejde. Udgangspunktet for vurderingen må nødvendigvis være den problemstilling, der skal behandles i det tværfaglige samarbejde, således at de rette kompetencer er til stede, når der skal laves handleplaner for familien. Det tværfaglige samarbejdes fornemmeste opgave er at skabe de mest hensigtsmæssige indsatser, der på det bredest funderede faglige niveau tilgodeser familiernes behov.

Den mest hensigtsmæssige indsats kan antage forskellige udtryk i løbet af den periode, indsatsen sker, afhængig af kompleksiteten i opgaven og familiens parathed. Det kan være hensigtsmæssigt, at det kun er én fagperson, der har kontakten til familien i en periode og fx får supervision for at kunne løse opgaven bedst muligt i en bestemt fase af indsatsen, eller det kan være hensigtsmæssigt, at der er flere fagpersoner, der supplerer hinanden i mødet med familien. Det afgørende er, at indsatsen er planlagt og koordineret i det tværfaglige samarbejde.

Den største effekt har det tværfaglige samarbejde der, hvor der foregår en koordineret indsats, og hvor den enkelte fagperson kan komme og blive "tanket op". Frontpersonalet, dvs. fx sundhedsplejersken, sagsbehandleren, pædagogen, dagplejeren, står ofte alene med de komplekse og vanskelige sager. Gennem det tværfaglige samarbejde skal de opleve, at de ikke står alene med ansvaret for de komplekse sager. De skal opleve, at de kan gøre brug af en tværfaglighed, der først og fremmest fordeler byrden og flytter ansvaret fra den enkelte person og dennes monofaglighed til et kollegialt netværk på tværs af organisation og dermed til tværfaglighed.

Tværfagligheden kommer ikke af sig selv. Den skal planlægges og prioriteres for at lykkes, og den skal vedligeholdes. Tværfagligheden skal være en fast indarbejdet rutine, der tages afsæt i organisations værdigrundlag, og hvor der er tydelige anvisninger på, hvem der har del i det tværfaglige samarbejde, og hvad den enkelte kan forvente af det tværfaglige samarbejde.

Evaluering, læring og formidling

Projekterne har fungeret som lokale udviklingsrum, der på mange forskellige måder igennem hele projektperioden har frembragt ny viden om udviklingen af den tidlige indsats. Der er hele tiden, på mange niveauer og i forhold til mange forskellige aktører, foregået processer, der har haft som formål at udvikle den tidligt forebyggende indsats.

Det er en generel erfaring, at det er af afgørende betydning for projektets udvikling og effekt, at deltageren i de forskellige processer er i stand til at foretage en evaluering af processen, uddrage læring af processen og formidle processens erfaringer til andre.

Det er til tider nødvendigt at stoppe op og være opmærksom på, hvor guldet ligger i eget arbejde. Projektmagere er oftest fagpersoner, der skal jonglere med mange forskellige dagsordener i løbet af en dag, og risikoen for, at det væsentlige i udviklingen ikke bliver fastholdt, er overhængende.

Resultatet kan blive, at selv projekter, der har arbejdet meget målrettet og seriøst hen imod deres fastlagte mål, ikke er i stand til at formidle til andre, hvad de væsentligste erfaringer egentlig var.

Det er vigtigt, at der i forhold til evalueringsdelen, læringsdelen og formidlingsdelen indarbejdes en fast procedure for, hvordan de enkelte dele skal håndteres.

En inspiration til denne procedure kunne være, at efterfølgende simple skema tages i anvendelse.

Udfordringen i forhold til dette skema er, at det benyttes ofte, og at refleksionerne, konklusionerne og handlingsanvisningerne dokumenteres.

EVALUERING

Refleksion over egen praksis	Konklusion	Handling
------------------------------	------------	----------

LÆRING

Hvad ser jeg?	Hvad siger det mig?	Hvordan vil jeg handle på det?
---------------	---------------------	--------------------------------

FORMIDLING

Hvad vil jeg formidle?	Hvem er modtageren?	Hvordan vil jeg formidle det?
------------------------	---------------------	-------------------------------

Afslutningsvis skal påpeges, at det vigtigste i et udviklingsforløb er, at den enkelte og organisationen forholder sig til det, der er udviklet, og at der bliver fulgt op på det, der er udviklet.

Nytteværdien af nyudviklede metoder, nyudviklede procedurer og nye tiltag, der bliver sat i værk for at sikre en positiv udvikling i de familier, der har brug for en særlig indsats, er nærmest fraværende, hvis ikke der følges op på det udviklede.

At udvikle nye metoder, procedurer og tiltag må ikke være et mål i sig selv. Målet må være at anvende det, der udvikles.







REFLEKSIONER FRA OG KONTAKTLISTE TIL PROJEKTERNE

Nedenstående er kontaktinformationer til samtlige projekter under Satspuljen sundhedsplejen og anden tidlig tværfaglig indsats. Refleksionerne er samlet sammen via projekternes fælles webportal.

MØDREPROJEKTER

- **Mødrerådgivningen M/K Svendborg**

"Unge gravide – unge mødre" · Korsgade 16 · 5700 Svendborg

Projektleder: Helle Hasle · Tlf. 62 22 15 63 · Mail:mrdsvendborg@mail.dk

Helle Hasle:

- For at skabe netværk er det vigtigt at nytte kontakter til nøglepersoner, fx embedsmænd og politikere. Jeg har også benyttet private kontakter i det lokalsamfund, jeg bor i.
- Vi har afholdt en eftermiddag, hvor vi inviterede de nye topembedsmænd. Alle, der var tilknyttet projektet, var til stede, og alle holdt et kort indlæg om deres arbejde i projektet.
- Jeg har som projektleder indbudt mig selv til møder og deltaget som oplægsholder. Jeg har også deltaget i dialogen om behovet for den tidlige indsats sammen med økonomisagsbehandlere, jordemødre, privatpraktiserende læger og sundhedsplejerskerne.
- Når brugere føler ejerskab til et sted og til en aktivitet, støtter det op om lysten til selv at tage initiativ.
- Nogle gange er det ok at starte i det små.

- **Odense Kommune**

"At knytte bånd" · Børn- og Familieafdelingen · Slotsgade 5 · 5000 Odense C

Projektleder og distriktskoordinator: Jens Helbo · Tlf. 21 66 36 78 · Mail: jhel@odense.dk

Jens Helbo:

- Det er vigtigt, at der til et så videnstungt område som den tidlige forebyggelse, graviditeten og spædbørns udvikling afsættes tid og ressourcer i driftsenhederne til en systematisk fælles opgradering af vores viden om området.
- Forebyggelse og intervention i forhold til de mest udsatte forudsætter fælles VIDEN blandt de involverede faggrupper.

- Vores erfaring er, at medarbejdere fra forskellige faggrupper har brug for at mødes for at styrke det fælles fokus og for at stimulere iverigdommen i forhold til konkrete indsatser.
- Hvis forskellige faggrupper som led i en forebyggelsesstrategi skal fungere sammen i tværfaglige team, kræver det, at ledelsesniveauet forholder sig til det. Og skaber mulighed for, at der bliver afsat tid til fælles refleksion og uddannelse af de forskellige faggrupper på medarbejderniveau.
- Vi ved, at forebyggelse og indsatser i forhold til de svageste/mest udsatte grupper aldrig kan hvile på en enkelt faggruppe.

- **Jammerbugt Kommune**

”Tværsektoriel indsats over for socialt svageste gravide og spædbørnsmødre”

Børne- og Familierådgivning · Danmarksgade 3 · 9690 Fjerritslev

Leder af familiecentret Aino Halsbo · Tlf. 41 91 24 81 · Mail: aih@jammerbugt.dk

Jenny Voorraad:

- Socialt svage og udsatte familier og børn er et meget bredere begreb end umiddelbart antaget.
- Depressive og ulykkelige forældre giver depressive og ulykkelige børn, der rammes af håbløshed og ulykkelighed.
- Der skal sættes hurtigt og ubureaukratisk ind med samtaletilbud fra psykologer og familieterapeuter, når sundhedsplejersker, dagtilbud og skoler ser behovet herfor.
- Projektet viser, at hjælp til forældrene er hjælp til børnene.

- **Odense Kommune - Distrikt Dalum**

”Tidlig indsats til sårbare gravide i 2. trimester af graviditeten”

Sundhed og handicap · Dalumvej 95 · 5250 Odense SV

Funktionsleder for Sundhedstjenesten Christa Pagh · Tlf. 65 51 56 01 · Mail: cmp@odense.dk

Projektleder: Christina Louise Lindhardt · Mail: christinalindhardt@fs10.dk

Christina Lindhardt:

- De gravide har været glade for at modtage besøg fra sundhedsplejersken og været åbne for forandring. Det vil sige, de har følt sig parate til at tale om nogle af de barrierer, de følte i forhold til at blive mor/forældre.
- Flere gravide har fået mere end et besøg af sundhedsplejersken inden fødslen. Dette har skabt en tillid og god kontakt den gravide og sundhedsplejersken imellem, således at kontakten er styrket, også når barnet er født. Den nybagte mor tager hurtigere fat i sundhedsplejersken, når der er problemer efter fødslen.
- I gruppen tages emner op som det at blive mor, de gravides egen barndom, parforhold, relationer til egen mor osv.

- Det har været svært at få de praktiserende læger i dialog. Gennem projektperioden har der kun været en eneste henvendelse.
- En erfaring har været, at for at få fat i de gravide allerede tidligt i graviditeten skal vi have fat i konsultationssygeplejerskerne.

- **Odder Kommune**

"Knytte bånd – en god start på livet" · Randlevvej 2H · 8300 Odder

Projektleder: Hanna Utzon/Grethe Klausen · Tlf. 87 80 35 17/87 80 35 15

Mail: hanna.utzon@odder.dk/grethe.klausen@odder.dk

Hanna Utzon og Grethe Clausen:

- Projektledelsen har været ansvarlig for at opsøge og personligt orientere samtlige praktiserende læger, jordemødre og socialrådgivere i arbejdsmarkedsafdelingen om projektets fokus og særlige tilbud til sårbare mødre.
- Vi har fået 19 relevante henvendelser vedr. sårbare gravide, heraf 13 førstegangsgravide.
- En af nøglerne til at få en god kontakt med de sårbare forældre har vist sig at være forældreuddannelse efter konceptet "klar til barn".
- Utrolig givtigt at få far på banen i graviditeten og signalere hans store betydning for barnets trivsel.
- Vi ser vores projekt som en gave til det tværfaglige samarbejde generelt, da vi bl.a. sætter fokus på vigtigheden af at arbejde med fælles analyseredskaber og opnå fælles forståelsesramme.

- **Københavns Kommune - Nørrebro**

"En intensiveret indsats for de socialt svageste etniske kvinder under graviditet og barsel"

Kapelvej 47 · 2200 København N

Projektledere: Marianne Jeppesen, tlf. 33 17 41 10 eller mail J395@buf.kk.dk

Annette Korsgaard, tlf. 33 17 64 61 eller mail J411@buf.kk.dk

Projektkoordinator, antropolog Mette Stæhr, tlf. 61 67 90 04

eller mail mette@antropologerne.dk

Mette Stæhr:

- De deltagende kvinder kommer til projektets aktiviteter, de opbygger netværk og efterspørger viden på div. samfundsrelaterede emner, som projektet forsøger at imødekomme.
- Projektet har taget hånd om kvinder med alvorlige sociale og psykiske problemer, som de sandsynligvis ellers ikke havde fået hjælp til.
- Der går tid, før der er opbygget tillid mellem projektets deltagere og medarbejdere, og der kan derfor også gå lang tid, før man kender til de deltagende kvinders problemer. De kommer frem i lyset lidt efter lidt.

- Fx viste den oprindeligt tænkte målgruppe sig at være for svær og tung. Den ville 'sluge' flere ressourcer end bevilget. Den ville desuden kræve et formelt samarbejde med børne-teams, arbejdsmarkedsteams, psykologer osv., og den ville også kræve tolkebistand.

- **Næstved Kommune**

"Særlig indsats for unge gravide og unge mødre"

Børne- og Kulturforvaltningen · Rådmandshaven 20 · 4700 Næstved

Projektleder: Lone Hansen/Gitte Lund · Tlf. 30 68 54 35/30 68 54 27

Mail: lbhans@naestved.dk/gilun@naestved.dk

Gitte Lund og Lone Hansen:

- Jo mere pædagogen fylder på af omsorg til den unge mor, jo mere vil den unge mor kunne videregive til sig eget barn.
- Det dilemma, som vi ikke i projektet har fået taget højde for, og som derfor er en vigtig erfaring, er at pædagogerne, når de bliver involveret i den unges mors liv i alle dets farverige facetter, møder sig selv, egne normer og morallbegreber på en måde, som kan gøre det svært for dem at arbejde med en unge mor på en professionel måde.
- De professionelles arbejde kan således forplumres af en stærk afstandstagen og forargelse i forhold til den unge mors liv.
- Lægen vil rigtig gerne høre mere om projektet. Han retter henvendelse til os i telefontiden og vil gerne have os til at fortælle en større gruppe læger om projektet i deres "efteruddannelsesgruppe".
- Alle erfaringer viser, at det er utrolig vigtigt, at netop denne gruppe unge ydes en ekstra indsats, da de ellers forbliver i offentlig forsørgelse.
- Vi henvendte os personligt til hver enkelt sagsbehandler, som gerne ville samarbejde.

- **Gribskov Kommune**

"Specialmødregruppe i Gilleleje Familiecenter"

Børne- og Familierådgivning · Birkevang 214 · 3250 Gilleleje

Ledende sundhedsplejerske, projektleder Hanne Tøke · Tlf. 72 49 70 66

Mail: hstok@gribskov.dk

Hanne Tøke:

- Projektet er forankret tværfagligt, så der er mange fagpersoner, der har ejerskab og er med til at udvikle på det.
- Tværfagligt samarbejde gør det nemt at få kvinderne til at tage imod tilbuddet.
- Hele børne- og familierådgivningen samarbejder om, at familierne selv finder deres ressourcer og understøtter. De efterlyser samtale, hvor der bliver spurgt ind til, hvordan de selv har det, og hvor der ikke bare er fokus på maven, tidspunkt i graviditet, vejning, barns udvikling etc. etc.

(fortsættes på næste side)

- En kvinde, som tidligere har haft en fødselsdepression, siger: "Jamen hvis nogen bare på et tidligt tidspunkt havde spurgt mig, hvordan jeg egentlig havde det, så tror jeg var blevet tvunget til at formulere og snakke om nogle af de tanker og problemer, som jeg skubbede væk og lagde låg på, men som var lige under overfladen, og det kan også godt være, at jeg var brudt totalt sammen, for jeg havde det ikke godt."
- For kvinderne er det meget vigtigt, hvad de kaldes, dvs. hvordan deres behov for hjælp defineres. De vil ikke benævnes som sårbare eller som kvinder, der mangler overskud, eller identificeres med narkomaner eller alkoholikere. Den type mødre har de slet ikke energi til at kunne være i gruppe med. De er kvinder, almindelige kvinder i en særlig livssituation, og har derfor behov for en særlig mødregruppe.

- **Skanderborg Kommune**

"Når tale bliver til handling, så sker der en forvandling"

Sundhedstjenesten · Søndergade 27 · 8464 Galten

Ledende sundhedsplejerske, projektleder: Bodil Lauridsen · Tlf. 87 94 72 28

Mail: bodil.lauridsen@skanderborg.dk

Bodil Lauridsen:

- Projektet er forankret tværfagligt, så der er mange fagpersoner, der har ejerskab og er med til at udvikle på det.
- Vi har i vores organisation fået lavet et refleksionsrum for det tværfaglige felt.
- Formålet er hurtigst muligt at etablere refleksionsrum med deltagelse af relevante fagpersoner og med de respektive ledere i de familier, hvor socialrådgiver, sundhedsplejerske og psykolog er i tvivl.
- Formålet er at have fokus på udviklingsmuligheder frem for problemer.
- Det har vist sig at være vældig udfordrende at få omsat teori til praksis.
- Den måde, vi taler sammen på, er et tema. At holde fokus på det udviklingsorienterede perspektiv er en øvelse. Det bliver nemt for problemorienteret.
- Når sundhedsplejersker deltager i det tværfaglige samarbejde, så har de svært ved at sprogliggøre relationer mellem forældre og børn.

- **Høje-Taastrup Kommune**

"Mama Nova" · Bygaden 2 · 2630 Høje-Taastrup

Projektleder: Helle Skovbro/Pia Jessen · Tlf. 43 59 13 61 torsdage kl. 8.15-9.15

Mail:hellesk@htk.dk /piajessen@htk.dk

Pia Jessen og Helle Skovbro:

- Vi sender en sms dagen før mødet i gruppen. Den er positiv og frister ved at beskrive, hvad vi har planlagt. Vi får indimellem svar tilbage. Vi har erfaret, at de kontrollerer med hinanden: "Kommer du?"

- Hvorfor sender vi sms? Vi ser det som et socialt redskab og en kendt kommunikationsform for de unge. Den er hurtig og ikke så anmassende og giver tid til at overveje inden svar (de kan lade være med at svare).
- Hvorfor spiser vi sammen? Det giver mødrene lyst til at komme, og vi viser dem sunde og nemme kostforslag. De oplever, hvordan man kan spise sammen med børnene. De oplever, at der kan opstå en rigtig god samtale omkring bordet. Det at spise sammen er også en omsorg for den unge/børnene.
- Fremtidigt tværfagligt samarbejde, hvorfor? Det giver mulighed for at støtte op omkring den unge familie, således at den lille ny får en god start. Den unge har en oplevelse af sammenhæng/at tingene giver mening. Vi arbejder i samme retning og kan ikke spilles ud mod hinanden.
- Det har været spændende at se, hvordan fædrene har kontakt med deres børn, og hvor spontane de er i leg. Vi har haft kontakt med fem af oprindelig syv fædre. De har været meget interesseret i at deltage i de forskellige aktiviteter og har efterlyst specielle tilbud til dem. Fædrene har haft meget glæde af hinanden, og der er opstået venskaber. I gruppen har vi haft mulighed for at bekræfte fædrene i, at den måde, de er sammen med børnene på, er god. De har været med i diskussioner om opdragelse, kost og leg med barnet.

- **Fredericia Kommune**

"Når bånd knyttes – i familien" · Gothersgade 20B · 7000 Fredericia
 Projektleder: Grete Lyager · Tlf. 72 11 33 50 · Mail: bugl@fredericiakom.dk

Conny Damgaard og Lene Palmelund:

- Når mødrene har været i gruppen et stykke tid, bruger de kontaktpersonen efter behov.
- Vi holder bedsteforældredag, hvor bedsteforældrene inviteres til eftermiddagskaffe på pigernes initiativ.
- Efter et stykke tid i gruppen danner pigerne netværk på kryds og tværs.
- At arbejde i et tværfagligt forløb er givende i forhold til den viden, man får om, hvordan vi arbejder i forskellige faggrupper. Bliver klogere på, hvad det er, en familiekonsulent, en sundhedsplejerske eller en psykolog i PPR laver. Under forløbet er det blevet klart, at hvis der skal kobles PPR-ressourcepersoner på, skal der tages hånd om samarbejdets ånd og etik i forbindelse med håndtering af tavshedspligten. Dette skal være på plads inden projektets start.
- En mor siger: "Det er ikke godt, når vi inviterer en studerende eller andre med på en kigger". Hun siger: " Det tager tiden fra alt det andet gode, vi har her i gruppen. Det, at der altid er mulighed for at få talt om det, der er svært eller godt den dag."

- **Faxe Kommune**

"Vuggeværksted" · Tingvej 7 · 4690 Haslev

Cand. psych, projektleder: Pia Frydkjær · Tlf. 56 20 34 70 · Mail: pifr@faxekommune.dk

Pia Frydkjær:

- Det tager lang tid at "sparke" et projekt i gang. Ideerne er der – opbakningen er der – pengene er der. Startfasen er en periode fuld af begejstring.
- Så kommer der en periode, hvor tingene går langsomt. Der kan opstå tvivl. Hvor bliver familierne af – var den faglige og organisatoriske opbakning nu også så stor?
- Det er vigtigt at huske, at de familier, vi kommer i kontakt med, befinder sig i en særlig sårbar periode og er meget følsomme.
- Viser vi familierne, at vi opfatter dem som problemer, skræmmes de væk.
- Det er et vigtigt redskab i forhold til sårbare familier at kunne rumme (containe) det kaos, der ofte viser sig.

- **Mariagerfjord Kommune**

"Unge mødre i Mariagerfjord Kommune"

c/o Sundhedsplejen i Hobro · Nordre Kaj Gade 1 · 9500 Hobro

Projektleder: Pia Ballentin · Tlf. 97 11 32 31 · Mail: pibal@mariagerfjord.dk

Pia Ballentin:

- Bedstemorordningen var meget svær at få i gang, da det viste sig næsten umuligt at få frivillige til at melde sig som reservebedstemor.
- Det er svært at undervise denne gruppe af sårbare mødre. Undervisningen skal være meget konkret og vedkommende for dem.
- Det er stadig svært for nogle at se barnets behov frem for egne, men efterhånden ser vi dem mere og mere rodfæstet i moderskabet, hvilket giver dem glæde og stolthed.
- Det har så efterfølgende vist sig, at kun en af mødrene har ønsket evt. at gøre brug af ordningen, så denne "bedstemor" står nu på "standby", til når denne mor skal starte på arbejde.
- Vi må overveje, om en "bedstemorordning" er relevant og muligt at holde fast i fremover.
- Mht. at styrke tilknytningen mellem mor og barn, er der blevet arbejdet meget med dette gennem hele forløbet, og vi har generelt set en bedring i mødrenes måde at tolke deres børn på og sætte børnenes behov frem for egne behov.

- **Frederiksberg Kommune**

"Legecafe – et tilbud til udsatte mødre" · Guldborgvej 25 · 2000 Frederiksberg

Projektleder: Susanne Dahl · Tlf. 38 21 11 10 · Mail: suda01@frederiksberg.dk

June Thomas og Toni Gyldmark:

- Vi er opmærksomme på at bevare et højt niveau af etik undervejs, da disse kvinder ofte er grænseløse i deres fremstillinger, når der pludselig skabes rum for, at de kan blive hørt. Vi planlægger undervisning, der tager udgangspunkt i de fortællinger og problemstillinger,

kvinderne fremkommer med. Via en struktureret veksling imellem “fri snak” og mere målrettet undervisning forsøger vi at skabe mulighed for, at kvinderne kan spejle sig i os og hinanden.

- Redskaberne i vores arbejde er først og fremmest respekt og omsorg. Kvinderne giver stærkt udtryk for, at de er trætte af at blive marginaliseret – de vil ikke være udenfor! De har et ønske om at “være som alle andre mødre”.
- En vigtig del af vores metode er at skabe et tillidsforhold til mødrene. Via tilliden kan vi komme tæt på deres liv/problemer/styrker mm. Vi har imidlertid erfaret, at netop den store tillid, kvinderne udvikler til os, gør det svært for dem at “slippe” os, når gruppeforløbene slutter. Hurtigt efter projektstart oprettede vi “åbent hus”-gruppen for de mødre, der stadig havde barsel tilbage, eller som ikke skulle på arbejdsmarkedet af andre årsager. Tilbuddet er blevet brugt rigtig flittigt af de forskellige grupper igennem de ca. to år, vi har kørt dem.
- Børnene udvikler sig flot. Der var en del børn, vi af forskellige grunde var lidt bekymrede for, da vi startede, og som vi løbende har haft øje på. De udvikler sig, og der er vej frem. Den gode udvikling tillægger vi vores stædighed omkring det at skifte metoder/strukturer undervejs, så snart vi har konstateret, at noget ikke har været godt nok.
- Det bliver mere og mere tydeligt, at den primære effekt af vores indsats er, at mødrene med tiden udvikler en større selvtillid. De tror på, at de kan, og de tror på, at de kan ændre på det, de ikke er tilfredse med. En anden vigtig effekt er, at de bliver fortrolige med at bede om hjælp.

FÆDREPROJEKTER

- **Viborg Kommune**

“Far i Fokus” · St. Sct. Hans Gade 6, 1. sal · 8800 Viborg

Ledende sundhedsplejerske: Karen Stenstrup · Tlf. 87 25 23 10 · Mail: ks1@viborg.dk

Hanne Gade og Anne Marie Lomborg:

- Det er sårbart med kun to fædre (en far har forladt gruppe pga. indbyrdes konflikter, og den fjerde far forlod gruppen pga. af hans kærestes modvilje). Den nye mor, der begynder i mødregruppen i morgen, har ingen kontakt til sit barns far; så derfor er der ingen ny far til Far i Fokus.
- Vi efterlyser i øjeblikket mulige fædre til gruppen. Det ville være godt med flere fædre til vores gruppe, tre-fire fædre er åbenbart for sårbart. Vi har den tanke, at fædre i vores målgruppe har svært ved at sige ja tak til vores tilbud, hvis ikke det koblet sammen med et lignende tilbud til mor. Det forudsætter også, at moderen til barnet bakker projektet op.

- **Glostrup Kommune**

"Far på banen" · Rådhusparken 1 · 2600 Glostrup

Sundhedsplejerske: Vibeke Samberg/Maria Bjørking · Tlf. 43 23 64 66 eller 43 23 64 68

Mail: vibeke.samberg@glostrup.dk/maria.bjorking@glostrup.dk

Vibeke Samberg og Maria Bjørking:

- Stor, stor åbenhjertighed og intimitet. Vi får skabt et overvældende trygt forum og er hver gang overraskede over fædrenes "blottelser" af følelser, tanker og handlinger. De får reflekteret over rigtig mange andre ting, der kan relateres til aftenens tema. Vi kommer ofte vidt omkring, men det, vi kommer omkring, er stadig sagligt.
- Via opstarten af dette projekt er der i kommunens sundhedsplejerskegruppe skabt et øget fokus på fædre og relationen til deres barn. Vi ser det, ved at det oftere italesættes, at der er en far, både i de sårbare og i de "almindelige" familier, og der er fokus på, hvilken rolle faderen spiller i den pågældende familie.

- **Hillerød Kommune**

"mig og min far" · Fødsel-spædbarnsamarbejdet (FSS) · Møllestræde 13D · 3400 Hillerød

Projektleder: Karen Madsen · Tlf. 72 32 56 81 · Mail: kama@hillerod.dk

Karen Madsen:

- Vi overvejede inden starten, hvad det ville betyde, at det var kvindelige gruppeledere. På nuværende tidspunkt har dette ikke vist sig af betydning for processen – vi har talt åbent om dette dilemma med fædrene.
- Det har været vigtigt at skabe et rum, hvor det har været acceptabelt at snakke om farrollen, en ny måde at tale om sit barn på med en blanding af egne erfaringer tilført konkret viden og opstilling af muligheder for, hvordan man kan gøre samt ideer til samvær. De har lært aktiviteter, de kan sætte i gang, de har lært, at det gode samvær ofte ikke kræver andet, end at de er sammen med barnet, uden at der nødvendigvis skal ske en masse.
- Fædrene oplever gennem denne form for samvær at være kommet tættere på deres barn

- **Københavns Kommune – Nørrebro**

"Fars Legestue" · Griffenfeldsgade 44 · 2200 København K

Projektleder: Hanne Duer · Tlf. 33 17 41 14 · Mail: hanne.duer@buf.kk.dk

Hanne Duer:

- Sundhedsplejersken rolle er ikke at være styrende i gruppen – hun er en faglig ressourceperson, hvis viden fædrene gerne efterspørger, men det er mænd, der "styrer" legestuen.
- Sårbare fædre må ikke marginaliseres. Budskabet om legestuen henvender sig til alle fædre.
- I forbindelse med vores formulering af sårbare/udsatte fædre har det været en balancekunst at rumme/formulere, at vi ønsker udsatte fædre i legestuen. Man kan ikke møde en far første gang og sige: Du er svag, du har brug for hjælp. Han ville løbe skrigende bort.

- **Esbjerg Kommune**

"Forberedelse til forældreskab" · Jagtvej 39 · 6705 Esbjerg Ø

Ledende sundhedsplejerske: Lita Høyer · Tlf. 76 16 31 60 · Mail: lith@esbjergkommune.dk

Hanne Juhl:

- Vi har benyttet en vuggestues rammer til konflikthåndteringsaftenerne (godt mødelokale, gode legemuligheder for børn – der var børnepasning samt mulighed for bleskift og madlavning).
- Vi har brugt meget tid på at prøve at motivere mænd til at køre en del af gruppetilbuddet (vi har talt med en lærer, en pædagog og en familieterapeut).
- Den større fleksibilitet over for fædre har givet større imødekommenhed og interesse fra fars side over for kontakt med sundhedsplejersken. Som eksempel kan nævnes en far, der viste barnet frem (det er oftest mødrene, der tager sig af det).

- **Roskilde Kommune**

"Indsats over for familier/fædre med særlige behov, i graviditet og de første år derefter – Fædremodul" · Køgevej 90 · 4000 Roskilde

Ledende sundhedsplejerske: Hanne Sejerøe · Tlf. 46 31 46 37 · Mail: hannesej@roskilde.dk

Henrik Tranum:

- Det er svært at annoncere efter ressourcetsvage fædre. Derfor vil en del af de fædre, der kommer i legestuen, også være meget velfungerende fædre.
- Fædrene er generelt meget tøvende, når det gælder om at melde sig til en fædregruppe. Selv i gruppen af ressourcestærke fædre støder vi på barrierer.
- Familieforberedelse: Der er et stort behov for den slags kurser. De fleste af parrene finder vi ved, at sundhedsplejerskerne visiterer dem. Dette er en hurtig og effektiv måde.

- **Gribskov Kommune**

"Fædregruppen" · Børne- og Familierådgivning · Birkevang 214 · 3250 Gilleleje

Ledende sundhedsplejerske, projektleder: Hanne Toke · Tlf. 72 49 70 66 · Mail: hstok@gribskov.dk

Hanne Toke:

- Det har været overordentlig vanskeligt at få fædre til at deltage og at fastholde dem i projektet. De første fædre, vi inviterede, var fædre til børn, hvis mødre var meget unge, og en del af dem havde nogle massive sociale og personlige problemer. Vi oplevede, at allerede kort tid efter fødslen var der en ny far på banen.
- Vi må konkludere, at det er for ambitiøst at tro, man kan fastholde disse fædre i et forløb og få dem til at møde op. Der sker ofte meget med mødrene, når de har født. De bliver mere modne og tager ansvar. Fædrene kan ikke rigtig følge med, og på den måde bliver der stor forskel på, hvor mødrene og fædrene er rent modenhedsmæssigt. Det kan få fædrene til at føle sig endnu mere usikre.

(fortsættes på næste side)

- Vi har derfor valgt at koncentrere os om fædre, der har nogle vanskeligheder, men som kan fastholdes i et arbejde osv. De fleste af de fædre, vi har tilbudt at komme i grupperne, har været unge fædre, som selv har haft en noget belastet barndom, har haft fødsels-depressioner eller har haft det vanskeligt i forholdet til barnets mor.

SUNDHEDSHUSEPROJEKTER

• Køge Kommune

"Etnisk Sundhedshus" · Torvet 1 · 4600 Køge

Ledende sundhedsplejerske: Anne Marie Knudsen · Tlf. 56 56 56 70

Mail: anne.marie.knudsen@koege.dk

Susanne Toft og Susanne Bruhn:

- Vores bekymring vedr. at nå ud over Sprogcenterets rammer er gjort til skamme. Dels bliver vi besøgt af en del, der har hørt om stedet via mund til mund, og dels bliver vi kontaktet af professionelle, der har hørt om sundhedshuset via medier, hjemmeside osv. Vi er altså på ingen måde blevet begrænset af den fysiske placering.
- Vi har fra starten haft den målsætning, at alle tiltag skal udspringe af brugernes behov, som de selv formulerer dem. Gennem vores arbejde er vi blevet bekræftet i, at denne målsætning er grundlæggende for, hvorvidt tiltag bliver en vedvarende del af arbejdet i sundhedshuset eller et enkeltstående arrangement i sundhedshusets regi.

• Københavns Kommune - Bispebjerg

"Familieforum - indsats for socialt udsatte gravide og spædbørnsfamilier på tværs

af etnicitet" · Glasvej 7 · 2400 København NV · Tlf. 33 17 51 49

Sundhedsplejerske Birthe Toftegaard · Mail: LR90@buf.kk.dk

Sundhedsplejerske Lotte Morán · Mail: G980@buf.kk.dk

Pernille Agerbæk og Birthe Toftegaard:

- Vi kan ikke andet end at konkludere, at det ikke er lykkedes os at rekruttere kvinderne i graviditeten på trods af en massiv indsats. Vores indtryk er, at jordemødre har rasende travlt og har svært ved at nå at finde de udsatte/sårbare mødre. Praktiserende læger ville måske være mere opmærksomme, hvis tilbuddet var permanent. De giver udtryk for, at det er svært at navigere i alle de midlertidige tilbud, der findes.
- Når vi taler med en kollega eller en anden henviser, så kan vi beskrive målgruppen som følgende:
 1. Mødre/gravide, som selv har haft en svær opvækst.
 2. Mødre, som udviser usikkerhed i forhold til at læse barnets signaler.
 3. Mødre/gravide, som psykisk har det dårligt.
 4. Mødre/gravide som har svag uddannelsesbaggrund og et ringe netværk.

- **Københavns Kommune – Indre Nørrebro**

”SundhedsHuset – socialt udsatte familier med anden etnisk baggrund end dansk”

Griffenfeldsgade 44 · 2200 København N

Ledende sundhedsplejerske: Anne Greiersen · Tlf. 33 17 41 01/13 · Mail: dj23@buf.kk.dk

Mette Stæhr:

- Vigtigt, at fædrene/hele familien er kommet med i kraft af nyt samarbejde med jordemoder om forældregrupper.
- Sundhedshuset er gået bort fra det eksplicitte fokus på etnisk udenlandske mødre og familier, således at fokus nu er at støtte børnefamilier og enlige med børn, uanset baggrund. Det er klart, at ikke alle gruppetilbud er for alle – fx er den arabiske mødregruppe ikke for dansktalende. Men der sættes i stigende grad på en ikkekategorisering i forhold til de forskellige tilbud i Sundhedshuset.
- Ud over den faste stab i Sundhedshuset er der tilknyttet flere andre sundhedsplejersker som katalysatorer til gruppeaktiviteterne. For at sikre en overlevering af viden, erfaring og undervisningsmetoder er der etableret en mentorordning, hvor man som uerfaren (ift. sundhedsfremmende undervisning af gruppe) i et halvt år samarbejder med en erfaren.

- **Århus Kommune**

”Sundhedshuse for alle - en indsats for socialt udsatte småbørnsfamilier med dansk eller

anden etnisk baggrund” · Jægergården · Værkmestergade 15 · 8100 Århus C

Projektleder: Susanne Hede · Tlf. 51 57 51 57 · Mail: suh@bu.aarhus.dk

Vibeke Westergaard og Winnie Olin

- Under et af vores emner, Kvinde kend din krop, udtalte kvinderne et stort ønske om undervisning i prævention. Dette vil vi fortsætte med i næste periode. Vi havde en torso med, hvor kvinderne var meget forundret over, hvordan de så ud indvendigt.
- Der er opstået en stor fortrolighed i gruppen, som har gjort, at kvinderne kommer til os med det, de er usikre på. Eksempelvis problemer i institutionen eller problemer med viceværten. De kommer med offentlige breve, de ikke kan forstå.
For eksempel udsender Sundhedsstyrelsen et kort om pneumokokvaccination. Mange havde smidt kortet væk, da de ikke forstod det. En enkelt havde hørt om bivirkninger fra London. Vi er herefter meget mere opmærksomme på at fortælle og forklare om denne vaccination i besøgene fremover.

Kontaktinfo

Gitte Bossi-Andresen · Tlf. 51 37 83 09 · Mail: gbo@servicestyrelsen.dk

og Holger Jacobsen · Tlf. 51 37 83 06 · Mail: hja@servicestyrelsen.dk

Udgivet af Sundhedsstyrelsen 2008
Sundhedsstyrelsen · Center for Forebyggelse · Islands Brygge 67 · 2300 København S
www.sundhedsstyrelsen.dk
Publikationen må kun citeres med tydelig kildeangivelse

Af Gitte Bossi-Andresen og Holger Jacobsen, konsulenter i Servicestyrelsen

Illustrationer: Ole Vedel Rasmussen

Layout: Anne Skouboe, www.kreativgrafisk.dk

Tryk: HTOdense

Oplag: 1000 stk.

TVÆRGÅENDE VIDENSOPSAMLING PÅ SATSPULJEN:

Sundhedsplejen og anden tidlig tværfaglig indsats

Inspiration til arbejdet med de socialt udsatte
gravide og spædbørnsfamilier

Denne publikation er en opsamling af tværgående
erfaringer, som 25 projekter har gjort sig, inden for 3 temaer:

- de socialt svageste gravide og spædbørnsmødre
- sundhedshuse – socialt udsatte familier med anden
etnisk baggrund
- de socialt svage fædre

Projekterne er finansieret af satspuljemidler fra 2003 og
iværksat af Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen.



www.sst.dk

Center for Forebyggelse
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Telefon 72 22 74 00
Telefax 72 22 74 11
sst@sst.dk



ISBN 978-87-992302-2-8