

En særlig indsats

- Målrettet socialt udsatte børn og unge på Lolland-Falster

Nikolaj Stegeager

Karin Kildedal

Erik Laursen

Betina Verwohlt



Med støtte fra

TrygFonden

AALBORG UNIVERSITET 

En særlig indsats – Socialt udsatte børn og unge på Lolland-Falster

Nikolaj Stegeager, Karin Kildedal, Erik Laursen, Betina Verwohlt

© Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet, Aalborg 2015.

Rapporten er en del af projektet "Fremtidens voksne" under "Broen til bedre sundhed" – <http://www.regionsjaelland.dk/Kampagner/broen-til-bedre-sundhed>

Gengivelse af uddrag, herunder citater er tilladt mod tydelige referencer.

Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til rapporten bedes sendt til forfatterne, att. Nikolaj Stegeager, Institut for Læring og Filosofi ved Aalborg Universitet, mail nikolaj@learning.aau.dk

Forsidefoto: Colourbox

Printed in Denmark 2015

1. udgave, 1. oplag

Indhold

Indledning – Broen til bedre sundhed og den aktuelle undersøgelse	6
Sammenfatning	9

DEL 1: BEGREBSAFKLARING OG METODE

Kapitel 1 – Baggrund, centrale begreber og eksisterende forskning	12
Ulighed i sundhed på Lolland-Falster	12
Begrebsafklaring	13
Sundhed og sundhedsdefinition	13
Social ulighed	14
Ulighed i sundhed	15
Forebyggelse	15
Forebyggelse i forhold til børn og unge	16
Sundhedsfremme	18
Sundhedspædagogisk arbejde	18
Tværsektoriel forebyggelse	19
Hvad ved vi om ulighed i sundhed blandt børn og unge?	19
Hvad ved vi om effekter af forebyggende indsatser overfor børn og unge?	20
Universelle forebyggelsesindsatser	21
Forebyggelsesindsatser målrettet risikobørn	23
Kapitel 2 – Undersøgelsesmetode	27

DEL 2: PRÆSENTATION AF HOVEDRESULTATER

Kapitel 3 – Politikker og instrukser/redskaber	31
Kommunernes politikker	31
Forankring i praksis – medarbejdernes kendskab til politikkerne	32
GUSA og Handleguiden	35
Problematikker i forhold til GUSA og Handleguiden	37
Opsummering	39

Kapitel 4 – Samarbejde mellem kommunernes myndighedsafdelinger og frontmedarbejderne	41
Opsummering	44
Kapitel 5 - Fokus på sundhed – medarbejdernes sundhedsforståelse	45
Medarbejdernes sundhedsforståelse illustreret i de kvalitative interviews	47
Sundhedsfagligt arbejde baserer sig på erfaringer fremfor teori	49
Sundhedsplejersken bliver den primære repræsentant for sundhedsperspektivet	49
Opsummering	50
Kapitel 6 - Almen praksis og dens deltagelse i arbejdet med udsatte børn og unge	52
Lægens fokus på gruppen af socialt udsatte børn og unge	52
Børneundersøgelser	54
Samarbejde mellem almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste	56
Kendskab til offentlige politikker	57
Samarbejde med de tværfaglige grupper	57
Samarbejde mellem praktiserende læger og myndighedsafdelingerne.....	59
Opsummering	60
Kapitel 7 - De tværfaglige grupper	61
Organisering	61
Medlemmer	62
Fokusområder for gruppernes arbejde – sagsbehandling eller almen forebyggelse?	62
Enkeltsager – CPR-nummer arbejde	63
Forbyggende arbejde	64
Sammenhæng mellem personsager og almen forebyggelse.....	65
Organisering af gruppernes arbejde	65
Tværfaglighed eller flerfaglighed?	66
Gruppens teoretiske fundament	68
Kontinuitet i arbejdet - fokus på overgange	69
Prioritering af skole- og dagtilbudsorienterede sager	70
Gevinster ved det tværfaglige samarbejde.....	71
Evaluering af arbejdet i de tværfaglige grupper	72

Opsummering	73
Kapitel 8 – Eksisterende virksomme tiltag i de to kommuner.....	75
Tværfaglige grupper.....	76
GUSA og Handleguiden.....	77
Tiltag målrettet familier.....	78
Tiltag målrettet børnene.....	80
Indsatser rettet mod kost	83
Opsummering	84

DEL 3: FREMTIDIGE TILTAG OG FORSKNING

Kapitel 9 – Forslag til fremtidige indsatser	86
Forslag 1 - Implementering af lovgivning og instrukser i daglige praksis	86
Forslag 2 – Skab overblik og systematik i det lokalt forankrede sundhedsfremmende arbejde.....	87
Forslag 3 - Styrk de tværfaglige grupper: faglighed og retning	89
Forslag 4 - Styrk samarbejdet mellem kommunerne og almen praksis.....	91
Forslag 5 – Tidlig indsats, fokus på de yngste	92
Tilbud til sårbare gravide	93
Tidlig opsporing - fokus på det pædagogiske arbejde i daginstitutionerne	94
Forslag 6 - Fokus på familien.....	96
Familie GUSA.....	96
Forældreprogrammer	97
Forslag 7 – Kost og motion.....	99
Sundhedspolitikker på skoler og i institutioner	99
Kostordninger	100
Vægtproblematikker	101
Bevægelse i skole og fritid	102
Forslag 8 - Udbyg samarbejde mellem myndighedsafdelingen og frontmedarbejdere.....	103
Projekt Socialrådgiver i Dagtilbud.....	103
Skolesocialrådgivere	104
Forslag 9 - Fysiske rammer der underbygger en sund og aktiv hverdag	105
Samlet oversigt over forslag	106

Kapitel 10 – Forslag til fremtidige forskningsprojekter.....	108
Forskningsperspektiver og tilgange	109
Aktionsforskning, praksisforskning og evaluering – i praksis	112
GUSA og Handleguiden	114
Mulige temaer for grundforskning	115
Almen praksis.....	115
Tværfagligt arbejde.....	116
Litteratur	120
Bilag 1: Resultater af spørgeskemaundersøgelse, Guldborgsund Kommune	127
Bilag 2: Resultater af spørgeskemaundersøgelse, Lolland Kommune	149
Bilag 3: Resultater af spørgeskemaundersøgelse, almen praksis	181
Lolland Kommune	194
Guldborgsund Kommune	198

Indledning – Broen til bedre sundhed og den aktuelle undersøgelse

Denne rapport tager udgangspunkt i en større empirisk undersøgelse, der er et delprojekt under projektparaplyen ”Broen til bedre Sundhed”. Projekt ”Broen til bedre Sundhed” udvikles og implementeres i et partnerskab med Lolland Kommune, Guldborgsund Kommune, Nykøbing Falster sygehus, Psykiatrien i Region Sjælland, den regionale primærsektor med særlig vægt på de praktiserende læger i området, samt det lokale erhvervsliv repræsenteret ved Business Lolland-Falster. Det langsigtede mål med projektet er at skabe større lighed i sundhed på Lolland-Falster gennem målrettede indsatser.

Dette mål søges opnået gennem en såkaldt massestrategi, hvor der sættes ind på mange forskellige satsningsområder på én og samme tid. På nuværende tidspunkt har Broen til Bedre Sundhed defineret seks indsatsområder:

- Fremtidens voksne
- Hensigtsmæssige akutforløb
- Kronikerindsats
- Lige adgang til sundhedsvæsenet – rekruttering og tilgængelighed
- Nye veje
- Sundt erhverv.

Indsatsområderne er udvalgt på baggrund af deres mulige positive indvirkning på de sociale determinanter, der ifølge eksperter vurderes at have størst betydning for ulighed i sundhed og sygelighed i Danmark (Didrichsen et al. 2011). Indsatsområderne tager afsæt i, at alle sektorer i samfundet – offentlige såvel som private – har betydning for borgernes sundhed.

De seks indsatsområder indeholder en portefølje af tiltag som omfatter såvel patientrettede som borgerrettede aktiviteter. Ligeledes varierer tiltagene indenfor hvert satsningsområde i såvel udformning som målgruppe.

Herværende undersøgelse er tilknyttet indsatsområdet ”Fremtidens voksne”. Dette indsatsområde fokuserer på at skabe en sammenhængende indsats, der understøtter de kommende voksengenerationer på Lolland-Falster bedst muligt. Projekterne indenfor indsatsområdet fokuserer både på børns tidlige liv fra fosterstadie til skolealderen men ligeledes på sundhedsfremmende indsatser i skolen samt i overgangen til ungdomsuddannelserne. Et særligt fokusområde i denne forbindelse er børn og unge i risiko for social udsathed og/eller dårligt helbred, hvilket ligeledes er denne rapportes omdrejningspunkt. Udgangspunkter i Broen til bedre sundheds grundlagspapir om ”fremtidens voksne”, lægger op til et bredt sundhedsbegreb. Her står anført følgende:

Den enkeltes sundhed er ikke kun et spørgsmål om biologisk arv eller et aktivt valg af levevis. Det er også et samspil af mange forskellige faktorer, fx. opvækstvilkår, uddannelse, indkomst, arbejdsmarkedstilknytning, boligforhold,

arbejds miljø og fysisk miljø. Alle disse omstændigheder spiller en rolle for den enkeltes sundhed – især når det handler om social ulighed i sundhed.

I grundlagspapiret pointeres det, at starten på tilværelsen har stor betydning for fremtiden, hvorfor det er afgørende at satse på tidlige determinanter, som påvirker et barns sociale position og helbred fremadrettet. De primære interesseområder centrerer sig ifølge dokumentet om børns tidlige udvikling, skolegang, gennemførelse af ungdomsuddannelse, børns nærmiljø samt det professionelle sundhedssystemets møde med barnet.

Mere specifikt peger partnerskabet på følgende indsatsområde:

- At fokusere på at skabe en sammenhængende indsats, der understøtter børn og unge bedst muligt fra fødsel til afslutningen af ungdomsuddannelse/påbegyndt arbejdsliv.
- At fokusere på børns tidlige liv, fra fosterstadiet til skolealderen, således at fundamentet for den kognitive, emotionelle og sociale udvikling sikres bedst muligt.
- At skabe en sundhedsfremmende skole med en fokuseret indsats rettet mod socialt udsatte børn og unge i risiko for dårligt helbred.

Rapporten er resultatet af et Trygfondsfinansieret projekt med navnet "En særlig indsats for udsatte børn og unge på Lolland og Falster". Projektet tager udgangspunkt i, at en mindre kreds af fagpersoner med særlig viden om udsatte børn og unge gennem en periode på 4 måneder afdækker den foreliggende evidens af tidligere indsatser i forhold til socialt udsatte børn, unge og deres familier på Lolland-Falster for herved at kunne give et overblik over eksisterende indsatser samt beskrive forslag til en portefølje af fremtidige indsatser målrettet socialt udsatte børn og unge. Denne afsluttende rapport beskæftiger sig derfor med følgende forhold:

1. En operationel målgruppedefinition anvendelig for den videre indsats blandt partnerskabets aktører.
2. En systematisk tværfaglig evidensafdækning omfattende eksisterende data omkring tiltag, der reducerer ulighed hos socialt udsatte børn og unge.
3. Afdækning af hvor der mangler evidens i forhold til de tre niveauer, som projektet tager afsæt i – familien, skole/institution samt det strukturelle niveau.
4. Et konkret oplæg til en portefølje af aktiviteter, som ved koordineret implementering fra efteråret 2014 understøtter hinanden i forhold til at reducere ulighed i sundhed blandt udsatte børn og unge på Lolland-Falster.
5. Oplæg til forskningsaktiviteter og -samarbejder med operationelt sigte i samarbejde med førende danske forskningsinstitutioner med fokus på udsatte børn og unge – og med afsæt i Lolland-Falster.

Rapportens datagrundlag er indhentet i perioden ultimo maj 2014 – primo september 2014. Undersøgelse og efterfølgende rapportering er forestået af et forskerhold fra Aalborg Universitet under ledelse af Lektor Karin Kildedal og Professor Erik Laursen.

Sammenfatning

Rapporten baserer sig på en undersøgelse, der indeholder såvel kvantitative som kvalitative elementer. Således indgår der en større spørgeskemaundersøgelse af medarbejdere og de alment praktiserende læger i de to kommuner. Endvidere er der foretaget en række kvalitative fokusgruppinterviews med centrale aktører i kommunerne og i Region Sjælland. Endelig er der foretaget en litteraturanalyse af eksisterende officielle politikker og instrukser fra de to kommuner. De indsamlede data bruges til at beskrive seks forskellige fokusområder med betydning for kommunernes bestræbelse på at mindske ulighed i sundhed for børn og unge:

- Politikker og instrukser
- Samarbejde mellem kommunernes myndighedsafdelinger og frontmedarbejdere
- Fokus på sundhed – Medarbejdernes sundhedsforståelse
- Almen praksis
- De tværfaglige grupper
- Eksisterende virksomme tiltag i de to kommuner

Analysen peger på, at kendskabet til de eksisterende politikker blandt medarbejderne befinder sig på et noget overordnet niveau. Af samme grund oplever de fleste ikke, at politikkerne er integrerede i det daglige arbejde. Derimod er de konkrete redskaber i højere grad blevet integreret i medarbejdernes praksis. Særligt Guldborgsund Kommune har tilsyneladende haft succes med at brede deres bekymringsredskab GUSA ud blandt kommunens medarbejdere. Flere peger dog på, at redskaberne bruges meget forskelligt i de lokale kontekster, hvorfor der i høj grad er behov for yderligere standardisering.

I forhold til det konkrete sundhedsarbejde peger undersøgelsen på, at mange medarbejdere oplever at deres viden og kompetencer ikke er tilstrækkelige, hvilket gør dem usikre på, hvordan man bedst arbejder med forebyggelse og sundhedsfremme. Medarbejderne arbejder ud fra et svagt funderet sundhedsbegreb, som primært tager udgangspunkt i sociale, trivselsproblematikker. Dette medfører, at det sundhedsfremmende arbejde i mange sammenhænge mere eller mindre overlades til sundhedsplejerskerne fremfor at være en fælles, tværfaglig opgave.

De alment praktiserende læger fortæller, at børn fra socialt dårligt stillede hjem i mindre grad deltager i de forebyggende børneundersøgelser. Dette på trods af, at lægerne er ganske aktive i deres forsøg på at øge frekvensen blandt denne patientgruppe. Et øget samarbejde med kommunen kunne eventuelt øge frekvensen, men såvel læger som kommunale medarbejdere påpeger at samarbejdet mellem de to systemer er meget svagt. Begge parter giver dog udtryk for at de ville være yderst interesserede i et forbedret samarbejde.

De tværfaglige grupper, der (jævnfør sundhedsloven) er et centralt lokalt organ i kommunens forebyggende og sundhedsfremmende arbejde er organiseret forskelligt i de to kommuner. Grupperne i Lolland Kommune er organiseret med udgangspunkt i den samlede

børnegruppe, mens grupperne i Guldborsund Kommune er opdelt i førskole- (0-6 år) og skoleområdet (6-18 år). Begge måder at organisere sig på medfører forskellige fordele og ulemper. I Lolland Kommune sikrer sammensætningen at koordinering og overgange mellem institutioner er emner, der kan tages op i grupperne. Til gengæld medfører den massive repræsentation af medarbejdere med skolebaggrund, at daginstitutionsområdet til tider glemmes. I Guldborgsund medfører opdelingen at hver gruppe kan beskæftige sig med sit særlige segment, hvilket giver mere tid og plads til småbørnsområdet. Til gengæld er det sværere at koordinere på tværs af institutionelle grænseflader. Fælles for begge kommuner gælder, at grupperne er kendetegnede ved manglende funktionsbeskrivelse såvel som teoretisk fundament. Endvidere mangler de fleste grupper en klar systematik i forbindelse med deres vidensopsamlende og vidensgenererende funktion.

Kommunernes medarbejdere involverer sig i en række projekter og initiativer målrettet socialt udsatte børn og familier. I langt de fleste tilfælde fokuserer projekterne på sociale- og trivselsorienterede problemstillinger. Kendetegnende for begge kommuner er, at ingen har overblik over det væld af projekter, der kendetegner arbejdet, hvilket medfører, at mange projekter "opfindes" parallelt. Endvidere er de fleste projekter karakteriserede ved at være opstået ad hoc. Derfor mangler der i langt de fleste tilfælde en projektbeskrivelse ligesom man kun i få tilfælde forsøger at dokumentere effekten af projektindsatsen gennem en struktureret evaluering.

Rapporten afsluttes med to praksisforskrivende kapitler. På baggrund af analysen udpeges ni indsatsområder:

- Implementering af lovgivning og instrukser i daglige praksis
- Skab overblik og systematik i det lokalt forankrede sundhedsfremmende arbejde
- Styrk de tværfaglige grupper: faglighed og retning
- Styrk samarbejdet mellem kommunerne og almen praksis
- Tidlig indsats, fokus på de yngste
- Fokus på familien
- Kost og motion
- Udbyg samarbejde mellem myndighedsafdelingen og frontmedarbejdere
- Fysiske rammer underbygger en sund og aktiv hverdag

Inden for hvert område fremsættes en række konkrete handleforslag. Handleforslagene baserer sig dels på undersøgelsen og desuden på erfaringer fra tidligere indsatser.

I rapportens sidste kapitel fremsættes en række forslag til fremtidig forskning inden for området. Her peges både på handlingsrettet forskningspraksis og aktiviteter, der i højere grad har karakter af grundforskning.

DEL 1

- Begrebsafklaring og metode

Kapitel 1 – Baggrund, centrale begreber og eksisterende forskning

Dette kapitel præsenterer dels en kort beskrivelse af den demografiske udfordring i forhold til ulighed i sundhed på Lolland-Falster. Derefter introduceres centrale begreber. Endvidere redegøres for undersøgelsens og rapportens sundhedsforståelse. Endelig redegøres der for den eksisterende forskningsbaserede viden om ulighed i sundhed og intervention i forhold til ulighed i sundhed – begge dele med særligt fokus på børn og unge.

Ulighed i sundhed på Lolland-Falster

Lolland-Falster står over for en række store udfordringer med hensyn til ulighed i sundhed:

- Andelen af ældre er høj og med en årlig nettoudvandring af særligt unge under uddannelse og erhvervsaktive, sker der en gradvis social skævvridning i retning af flere med behov for velfærdsydelser og færre til at dække omkostningerne.
- Arbejdsstyrken er præget af et lavt uddannelsesniveau og med lukning af en række større arbejdspladser, er antallet af fuldtidsledige og tilvæksten heri større end i resten af Region Sjælland.
- Sundhed, marginalisering og fattigdom hører sammen. Med hhv. 9,4 % og 7,4 % af børn bosat i fattige familier, hører Lolland og Guldborgsund blandt de ti hårdest ramte kommuner i Danmark.
- Middellevetiden for befolkningen i de to kommuner hører blandt de laveste i Danmark.¹

Som nævnt lever henholdsvis 7,4 og 9,4 % af børnene i Guldborgsund- og Lolland Kommune børn i fattige familier. Til sammenligning er landsgennemsnittet på 4,4 %.² Samtidig viser lokale erfaringer og et sammendrag af tilgængelige data, at en relativ større andel af områdets børn og unge trives dårligt sammenlignet med landsgennemsnittet. Forskning viser, at dette på kort sigt kan have betydning for børnenes livsstil, læring, uddannelsesvalg og generelle sundhed (Johansen et al. 2007). På lang sigt kan det have betydning for udvikling af kroniske sygdomme samt muligheden for at gennemføre en uddannelse og fastholde et job. Det seneste regeringsudspil pointerer, at der er behov for en tidlig og fokuseret indsats i udkantsområderne, hvis disse mønstre skal brydes i den næste generation af voksne. Der foreligger dog fortsat kun beskeden evidens om, hvilke kommunale indsatser, der har den største lighedsskabende sundhedseffekt. Særligt savnes viden om, hvorledes effektive tiltag kombineres og koordineres i et lokalsamfund, så en generation af udsatte børn og unge hjælpes bedst muligt.

¹ Jævnfør Broen til bedre sundheds programmerklæring 2013.

http://www.regionsjaelland.dk/Kampagner/Documents/Programgrundlag_Broentilbedresundhed.pdf

² Målt ud fra OECD's relative fattigdomsgrænse, hvor fattigdom defineres som husstande, der har en indkomst mindre end eller svarende til 50 % af medianindkomsten (Danmarks Statistik 2012).

Begrebsafklaring

I det følgende fremstilles og udredes rapportens centrale begreber og forståelser.

Sundhed og sundhedsdefinition

Kommunens retslige forpligtelse til at understøtte gode rammer for børns opvækst findes dels i Sundhedslovens kapitel 36 § 120³ om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge, hvor der står, at Kommunalbestyrelsen skal bidrage til at sikre alle kommunens børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse.

Desuden er kommunen særligt forpligtet til at yde støtte til børn og unge, der har særlige behov. Dette er formuleret i Servicelovens § 46, som fastslår, at formålet med at yde denne støtte er at sikre, at disse børn og unge kan opnå de samme muligheder for personlig udvikling, sundhed og et selvstændigt voksenliv som deres jævnaldrende.

Der forefindes ikke, ifølge Sundhedsstyrelsen, nogen klar og entydig definition af begrebet sundhed (Sundhedsstyrelsen 2005B). Med udgangspunkt i WHO's definition fra 1948 samt efterfølgende tilføjelser fra 1986, som gengives i et stort antal kilder, defineres sundhed som andet og mere end fravær af sygdom. I stedet defineres det som: en tilstand af både fysisk, psykisk og socialt velvære (WHO 1948). Sundhed opfattes i dag i reglen ganske bredt ud fra det, der i mange sammenhænge betegnes som et positivt sundhedsbegreb. Således beskrives sundhed ofte som et fænomen, der udover de traditionelle somatiske parametre ligeledes centrere sig om spørgsmål vedrørende livskvalitet og velvære – såvel fysisk, psykisk som socialt. Med dette brede sundhedsbegreb som udgangspunkt bliver det tydeligt, hvorledes faktorer som livsstil og levevilkår, herunder ulighed og sociale eksklusion, indvirker på barnets sundhed. Det vil sige, at livskvalitet, herunder mulighed for personlig udvikling og velvære, må indregnes, når man søger at beskrive sundhedstilstanden hos en befolkningsgruppe (Sundhedsstyrelsen 2011a:14). Udover dette forhold er et andet fællestræk ved mange sundhedsdefinitioner, at der implicit i definitionerne ligger en klar, normativ forståelse af "det gode liv". Denne forståelse er i udgangspunktet defineret i et fagligt, professionelt perspektiv – hvad enten dette perspektiv er lægefagligt, psykologfagligt, sygeplejefagligt eller andet (Vallgård 2005). "Et godt liv" kan imidlertid også defineres ud fra et dagligdags, socialt perspektiv, i hvilket fokus ligger på hvilke roller og forventninger fra de sociale omgivelser, man som borger skal leve op til. Endelig kan man forsøge at basere definitionen på et subjektivt, individuelt perspektiv, hvor man tages udgangspunkt i den enkeltes egne tanker og opfattelser af begrebet "det gode liv" (Sundhedsstyrelsen 2005B).

Som det fremgår, er sundhed et yderst komplekst fænomen, som kun vanskeligt lader sig definere eksakt. Med udgangspunkt i dette projekts fokus på børn og unge, vælger vi at lade os inspirere af både ovenstående brede sundhedsforståelse og samtidig inddrager vi det

³ LBK 1202 af 14/11 2014.

sundhedsbegreb, der anvendes i Skolebørnsundersøgelsen⁴ fra 2010 (Rasmussen og Due 2011). Her er sundhed defineret ved følgende fire dimensioner:

1. Når barnet har et godt helbred uden symptomer, skader og alvorlig sygdom.
2. Når barnet har kompetence og ressourcer til at fungere godt i relation til familie, skole eller dagpasning og kammerater (set med professionelle og egne øjne)
3. Når barnet er i god trivsel i skolen eller dagpasningen, de nære omgivelser og i livet i det hele taget (set med egne øjne).
4. Når barnet har en god sundhedsadfærd (set med professionelle øjne) (Rasmussen og Due 2011: 1).

Social ulighed

Præcis som det gælder for sundhed, er der også forskellige måder at opgøre social ulighed på. Socioøkonomisk status opgøres typisk på baggrund af beskæftigelsesstatus uddannelseskategori, uddannelsesniveau og stillingsbetegnelse (Danmarks Statistik 1997). Det er også denne definition, der anvendes i nærværende rapport. På baggrund af disse forhold opdeles gruppen af erhvervsaktive voksne traditionelt i fem socialgrupper, hvor socialgruppe 1 repræsenterer selvstændige med mere end 20 ansatte, funktionærer med mere end 50 underordnede samt alle med en kandidatuddannelse, mens socialgruppe 5 udgøres af ufaglærte arbejdere. Endelig tilføjes en socialgruppe 6, der udgøres af de økonomisk inaktive (pensionister, værnepligtige, studerende, bistanndsmodtagere m.v.). Eftersom denne undersøgelse beskæftiger sig med indsatser mod social ulighed for børns sundhed, er udfordringen naturligvis at definere *børns* socioøkonomiske status. Dette gøres i udgangspunktet ved at spørge ind til forældrenes status og derefter indplacere børnene på samme niveau som deres forældre. Her placerer man typisk børnene på baggrund af den forældre, der indplaceres i højeste socialgruppe.

Man kan naturligvis også interessere sig for andre forhold end uddannelse og beskæftigelse. Eksempelvis kan man være temmelig velstående og dermed have adgang til en række sundhedsfremmende forhold, selvom ens uddannelsesniveau er lavt. Af denne grund søger skolebørnsundersøgelserne ligeledes at undersøge materiel deprivation – slet og ret fattigdom. Dette gøres ved at spørge børnene om deres adgang til materielle goder: Har familien bil? Har familien været på ferie inden for det sidste år? Osv. Ikke overraskende er

⁴ Skolebørnsundersøgelserne er det danske bidrag til det internationale forskningsprojekt: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) – a WHO international study, som omfatter 40 deltagende lande. Undersøgelserne leverer data om 11-15 åriges sundhedsadfærd og selvrapporterede helbred. Data anvendes til grundforskning og som grundlag for sundhedsfremme blandt børn og unge. I Danmark gennemføres undersøgelsen af Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (fra 2010). Data indsamles hvert fjerde år (<http://www.hbsc.dk>).

der naturligvis stort sammenfald mellem materiel deprivation og personerne fra de laveste socioøkonomiske grupper.

Et andet forhold, som ligeledes kan have sammenhæng med social ulighed og sundhed, er migrationsstatus. De fleste undersøgelser viser ganske tydeligt, at minoritetsbørn typisk befinder sig i de lavere socioøkonomiske grupper og samtidig har ringere materielle levevilkår end danske børn (Jeppesen og Nielsen 1998). Hvorvidt dette har betydning for børnenes sundhed er der noget usikkerhed om, men det er tydeligt, at det på sigt kan være endog særdeles problematisk, eftersom etniske minoritetsgrupper har markant ringere fysisk og psykisk sundhed end etniske danskere (Singhammer et al. 2008).

Ulighed i sundhed

Ifølge Sundhedsstyrelsen viser adskillige undersøgelser en sammenhæng mellem social ulighed og ulighed i sundhed, hvor de laveste socioøkonomiske grupper på en række parametre er de mindst sunde og de mest syge. På trods af adskillige initiativer er uligheden i sundhed i Danmark steget gennem de sidste 20 år (Sundhedsstyrelsen 2011). Social ulighed i sundhed vil sandsynligvis aldrig kunne udryddes helt, men med tanke på ovennævnte stigning forekommer det imidlertid nødvendigt at gøre noget mere og andet end hidtil. Et sted at starte er ved børnene. Børnegruppen i Danmark afspejler de samme socioøkonomiske forskelle som den øvrige del af befolkningen, men ganske interessant medfører dette ikke nødvendigvis, at man finder de samme sociale uligheder i sundhed, som gør sig gældende for de voksne (Johansen et al. 2007, Sundhedsstyrelsen 2011). En måde at arbejde med at mindske konsekvenserne af social ulighed og ulighed i sundhed på er gennem forebyggende tiltag.

Forebyggelse

Indenfor sundhedsområdet defineres forebyggelse som aktiviteter, der søger at forhindre udvikling af sygdomme. Det forebyggende sundhedsfaglige arbejde tager udgangspunkt i opfattelsen af, at der forud for sygdom ligger nogle årsagskæder, der forårsager denne sygdom (Sundhedsstyrelsen 2005: 14). Indenfor det socialfaglige område er forebyggelse målrettet socialt sårbare grupper og her fokuseres både på en sundhedsfaglig og en social indsats.

Ofte defineres forebyggelse ud fra tre overordnede indsatsområder: primær-, sekundær- og tertiær forebyggelse.

Primær forebyggelse, også kaldet borgerrettet forebyggelse, har til formål at hindre sygdom, psykosociale problemer eller ulykker i at opstå (Sundhedsstyrelsen 2005b: 39). Dette indebærer en sundhedsfremmende og forebyggende indsats i relation til f.eks. rygning, alkohol, kost, fysisk inaktivitet, svær overvægt og smitsomme sygdomme. Eksempler på primær forebyggelse er tandplejens undervisning i god tandhygiejne, vaccinationer, folkeskolens seksualundervisning, den kommunale sundhedstjenestes ydelser (børn og

unge-læger og sundhedsplejersker), indretning af skolegårde og legerum, således at de stimulerer til fysisk aktivitet, anlæg af stisystemer samt indførelse af sund skolemad. Målgruppen kan være hele befolkningen, udvalgte grupper eller enkeltindivider. De igangsættende aktører vil være sundhedsprofessionelle og professionelle fra andre sektorer, herunder myndigheder. Primær forebyggelse foregår bl.a. i lokalsamfund, skoler og institutioner, på arbejdspladser og inden for den primære og sekundære sundhedssektor. Primær forebyggelse indbefatter endvidere den generelle sundhedsformidling, der henviser til aktiviteter, hvis formål er at påvirke sundhedstilstanden hos enkeltindivider, grupper eller hele befolkningen. Sundhedsformidling foregår oftest som envejskommunikation i form af kampagner, pjecer o.l. I forhold til en kommunal praksis, vil en del af sundhedsformidlingen være rettet mod hele befolkningen og meget vil have sit udspring fra centralt hold eksempelvis Sundhedsstyrelsen.

Sekundær forebyggelse har til formål at opspore og begrænse sygdomme og risikofaktorer så tidligt som muligt (Sundhedsstyrelsen 2005: 45). Målgruppen er smallere end ved primær forebyggelse, idet sekundær forebyggelse adresserer befolkningsgrupper med erkendt eller uerkendt sygdom eller risikofaktorer. Tidlig opsporing er en del af sekundær forebyggelse, der har til formål at finde risikofaktorer og/eller diagnosticere problemerne tidligst muligt. Formålet med tidlig opsporing er at skabe mulighed for tidlig intervention (f.eks. behandling eller risikobegrænsning). Tidlig opsporing foregår oftest i sundhedssektoren, men kan eksempelvis også finde sted i undervisnings- og socialektoren samt på arbejdspladser. Aktørerne er typisk sundhedsprofessionelle, men professionelle fra undervisnings- og socialektoren bidrager også. Eksempler på sekundær forebyggelse er sundhedsplejerskens undersøgelser af børn i hjemmene, børn og unge-lægens ind- og udskolingsundersøgelser, den kommunale tandplejes identifikation af "risikobørn".

Endelig er tertiær forebyggelse en ydelse målrettet mennesker med erkendte problemer af fysisk, psykisk, eller social karakter. Tertiær forebyggelse har til formål at bremse tilbagefald af sygdom og forhindre udvikling og forværring af kroniske tilstande, herunder fysisk og psykosocial funktionsnedsættelse. Aktørerne, når det drejer sig om det kommunale arbejde med udsatte børn, er ofte myndighedsafdelingens socialrådgivere i samarbejde med professionelle fra bl.a. sundhedssektoren.

Forebyggelse i forhold til børn og unge

I det sociale og sundhedsfremmende arbejde med udsatte børn og unge er der i disse år fokus på forebyggelse gennem tidlig opsporing med efterfølgende tidlig indsats. Det handler dels om at opdage eventuelle problemer tidligt i problemudviklingen, dels om at handle hurtigt og kvalificeret, når man opdager, at et barn eller en ung er i problemer eller er ved at udvikle problemer.

Per Schultz Jørgensen, der er professor i socialpsykologi, har udviklet en anerkendt og ofte gengivet målgruppetypologi, hvori der skelnes mellem almindelige børn i trivsel, risikobørn

og problembørn (Schultz Jørgensen 2002). Vi har i nærværende projekt koblet denne målgruppetytologi til de tre forebyggelsesformer (figur 1.0). Herved sammentænkes social og sundhedsmæssig forebyggelse i en tværfaglig og tværsektoriel model.

Primær forebyggelse	Sekundær forebyggelse <i>Tidlig opsporing</i>	Tertiær forebyggelse
Målgruppe (80-85 %) Almindelige børn i trivsel	Målgruppe (10 – 15 %) Risikobørn: Truede børn og Børn og unge med særlige behov	Målgruppe (ca. 5 %) Problembørn: Børn med alvorligt problemer og behov for hjælp efter SL § 11
Hvem Alle faggrupper, der omgås børnene	Hvem Sundhedspersonale, lærere, pædagoger mv.	Hvem Socialrådgivere i myndighedsafdelingen Socialpædagoger i udfører-leddet Dag- og døgnbehandling -
Hvad <i>Sundhedsformidling og Sundhedsoplysning</i>	Hvad <i>Tidlig opsporing Sundhedspædagogik rettet mod enkelte børn eller grupper af børn</i>	Hvad <i>Primært socialt arbejde</i>
Tværspektoriel forebyggelse og sundhedsfremmearbejde Den sammenhængende børnepolitik jf. Servicelovens § 19 Den tværfaglige gruppe jf. Sundhedslovens § 23		

Figur 1.0 – Målgruppetal og - beskrivelser (Schultz Jørgensen 2002)

Figuren viser, at ca. 80 % af de danske børn kan anses for at være i normal trivsel. I forhold til denne gruppe er det almindelige forebyggende arbejde tilstrækkeligt. I den anden side af figuren ser man, at omkring 5 % af børnene har særlige behov og dermed har krav på hjælp efter Serviceloven. Her er der tale om kommunens forpligtelse til at udføre tertiær forebyggelse.

Den gruppe børn, der skal være særlig fokus på, når der tales om sekundær forebyggelse og tidlig indsats, er den midterste gruppe børn, der udgør 10-15 % af børnegruppen. Som det ses af figuren, er det især Sundhedslovens krav om, at kommunen skal beskrive og definere en sammenhængende børnepolitik, der har betydning, når vi taler om tidlig indsats og forebyggelse i forhold til denne gruppe. Herunder har Sundhedslovens krav om, at kommunen skal nedsætte tværfaglige grupper en særlig betydning. Disse gruppers arbejde skal i særlig grad have fokus på den mellemste gruppe – børn med særlige behov eller risikobørn. Risikobegrebet hænger her sammen med forekomsten af belastninger i bred forstand. Jo flere belastninger en person er udsat for, jo større risiko er der for en problematisk udvikling. Risikobørnene er en blandet gruppe. De forhold, som typisk udgør risikofaktorer i børns opvækst er: Disharmoniske familieforhold – herunder samlivsbrud og vold, langvarig arbejdsløshed, hvor den ene eller begge forældre er uden for

arbejdsmarkedet, misbrug hos den ene eller begge forældre, psykiske forstyrrelser hos forældrene samt etnisk familiebaggrund, især i de familier, hvor begge forældre tilhører indvandrergenerationen (Schultz Jørgensen 2002). Hertil kan føjes levkår såsom boligforhold og tilgængelighed af sunde fødevarer samt sundhedsadfærd såsom kost, rygning alkohol og motion. Det er sådanne faktorer, forebyggelsestiltag i forhold til risikobørn har fokus på.

Sundhedsfremme

For at bidrage til at børn forbliver eller bliver mere sunde, kan der arbejdes der med sundhedsfremme. Sundhedsfremme kan defineres som sundhedsrelaterede aktiviteter, rammer og processer, der fremmer den enkeltes sundhed og folkesundheden herunder også børnesundheden. Sundhedsfremme kom især på den sundhedspolitiske dagsorden med det tidligere omtalte Ottawa-charter om "Health Promotion" fra 1986 (WHO 1986).

Hvor forebyggelse kan siges at handle om at undgå uønskede tilstande og processer, kan sundhedsfremme siges at handle om at opnå ønskværdige tilstande og processer. (Sundhedsstyrelsen 2005: 17). I sundhedsfremmearbejdet vendes opmærksomheden således væk fra sygdom og over mod sundhed. I arbejdet med dette fokuseres ofte på mobilisering af ressourcer, handlekompetencer og mestringsstrategier frem for på risici og undgåelsesadfærd.

Sundhedsfremmearbejdet bygger på et salutogenetisk perspektiv (Antonovsky 2000), mens forebyggelsearbejdet bygger på et patogenetisk perspektiv. Salutogenese er læren om sundhedens opståen og udvikling, mens patogenese er læren om sygdommens opståen og udvikling. Sundhedsfremme kan foregå i alle rammer og både professionelle i socialforvaltningen og sundhedsvæsenet samt den enkelte borger kan agere som aktører. Sundhedsfremmende indsatser er deltagerorienterede og dialogbaserede og kan være målrettet såvel enkeltpersoner som befolkningsgrupper. Sundhedsfremme og forebyggelse anvendes som sideordnede, delvist overlappende begreber for at synliggøre forskellige strategier til at opnå og øge sundhed. Forebyggelse og sundhedsfremme indeholder gensidigt elementer af hinanden. Eksempler på sundhedsfremmende tiltag er dannelse af mødregrupper i sundhedsplejen til at støtte børnefamiliers ressourcer og netværk, sundhedspleje, tandplejeordninger, socialpolitik, forebyggende hjemmebesøg, børneundersøgelse og motion på arbejdspladsen.

Sundhedspædagogisk arbejde

Sundhedspædagogik kan defineres som formidling af viden om forebyggelse og sundhedsfremme med det formål at fremme sundhedsrelaterede aktiviteter (Sundhedsstyrelsen 2005: 52). I den sundhedspædagogiske tilgang er det centralt, at målgruppen involveres og opbygger et ejerskab som udgangspunkt for handling og forandring. Sundhedspædagogik handler således om at tilrettelægge betingelserne for, at en målgruppe kan involvere sig i at udvikle ideer, tage beslutninger på et kvalificeret

grundlag og handle i forhold til den ønskede forandring, gerne sammen med andre. (Simovska og Jensen 2012). Sundhedspædagogik foregår ved en dialog mellem borgere og en professionel for at forebygge sygdom og fremme sundhed, således at borgere støttes i at træffe sunde, informerede valg. Aktørerne er professionelle fra sundhedssektoren eller andre sektorer, f.eks. socialektoren eller undervisningssektoren, som agerer i mange arenaer. Eksempler på strukturerede sundhedspædagogiske metoder er den motiverende samtale, rygestopkurser, "Du bestemmer"-metoden og sundhedsplejerskens samtale med skolebørn.

Tværasektoriel forebyggelse

Tværasektoriel forebyggelse er forebyggelse, der udføres af aktører fra flere administrative sektorer eller fra både den primære og sekundære sundhedssektor. Formålet er, at forskellige sektorer arbejder sammen for at forebygge sygdom, idet sektorerne arbejder ud fra fælles mål og ansvar og med en klar rollefordeling på tværs (Sundhedsstyrelsen 2005: 56).

Initiativer som tidlig indsats og tværfaglige teams er netop eksempler på tværasektoriel forebyggelse. Disse har til formål at skabe sammenhæng på tværs af sektorer og traditionelle faggrænser.

Hvad ved vi om ulighed i sundhed blandt børn og unge?

Der findes adskillige undersøgelser, der peger på ulighed i sundhed blandt børn og unge (Ottosen et al 2010). Eksempelvis er spædbørnsdødelighed, lav fødselsvægt og dødfødsel hyppigere forekommende i lavere socialgrupper end i højere (Johansen et al. 2007: 48-49). På samme vis dokumenterer den seneste skolebørnsundersøgelse, at der er social ulighed i sundhed på en række parametre bl.a. forekomst af mere end et symptom hver dag, forekomst af overvægt og fedme og forekomst af hyppige skader (Rasmussen og Due 2011). Fødevarerinstitutionens rapport: "Sociale forskelle" viser ulighed i sundhed i børns, og særligt drenges, kostvaner og vægt. Endvidere viser undersøgelsen, at andelen af overvægtige børn, og især drenge, stiger mere i socioøkonomisk ringere stillede familier end i velstillede familier (Groth et al. 2013). Andre undersøgelser peger desuden på højere forekomst af lægelige diagnoser, langvarig sygdom, ringe selv vurderet helbred og dårlig funktionsevne (Johansen et al. 2007:192). Samme tendens gør sig gældende i forhold til mental og social sundhed, idet psykisk mistrivsel, skolemistrivsel, lav livstilfredshed og ensomhed oftere forekommer blandt børn og unge i socialgruppe V og VI end i de øvrige socialgrupper (Holstein et al. 2011: 9,50-51).

Social ulighed i sundhed er således også et problem blandt børn og unge i Danmark. Billedet er dog mere komplekst end blandt den voksne del af befolkningen. Johansen et al. (2007) dokumenterer i antologien "Social ulighed i sundhed blandt børn og unge", at forskellene mellem de forskellige socioøkonomiske grupper typisk er mindre blandt børn og unge end blandt den øvrige befolkning. Således kan man forestille sig, at når først børnene er kommet

ud over de første leveår, hvor de er meget påvirkede af de valg, forældrene træffer, vil der være en periode (ungdommen), hvor sociale vilkår spiller en mindre rolle. Måske fordi disse vilkår endnu ikke har nået at sætte deres præg på de unges helbred. I Sundhedstyrelsens rapport: "Ulighed i sundhed – årsager og indsatser" (Sundhedstyrelsen 2011) fastslås, at risikofaktorer og sygdomsårsager akkumuleres igennem et helt liv. Helbredseffekterne kan interagere med hinanden, således at risikofaktorer tidligt i livet øger sårbarheden for helbredseffekt af det, som sker senere i livet. Således konkluderer de danske undersøgelser på området, at der på en række parametre forefindes ulighed i sundhed blandt børn og unge, samt at den sociale ulighed kan have indflydelse på sundhed senere i livet.

Ulighed i sundhed blandt børn og unge er ikke et særligt dansk fænomen. Det fremgår blandt andet af de tidligere nævnte skolebørnsundersøgelser: "Health Behaviour in School-aged Children" (HBSC)⁵. Her konkluderes, at der i langt de fleste lande er en tydelig social ulighed i forekomsten af børn og unges selvvalgte helbred, oplevede symptomer, kost- og motionsvaner (Holstein et al. 2004; Currie et al. 2012). Denne ulighed ses i landene uanset landenes samlede velstand. Som i den danske undersøgelse finder HBSC, at der er større forskel mellem børn i de socioøkonomisk dårligst stillede grupper (i dansk sammenhæng socialgruppe VI) og de øvrige børn, end der er de andre grupper imellem (Johansen et al.: 133-135). Også i forhold til selvvalgt mental sundhed samt oplevet stress og ensomhed er der socioøkonomisk ulighed i de fleste lande (Currie et al. 2012: 26, 238). Andre undersøgelser af ulighed i sundhed i vestlige lande finder (udover ovenstående), at der internt i landene er sammenhæng mellem mødres boligforhold og børns fødselsvægt samt mellem børns opvækstvilkår og sundhedstilstand senere i livet (Logan & Spencer 2000: 1-2).

Opsamlende kan vi konstatere følgende: Langt de fleste børn og unge i Danmark vurderer selv, at de har et godt helbred. Således rapporterer kun 2 % af børnene i Skolebørnsundersøgelsen, at de har et dårligt helbred, mens 83 % svarer, at de har et godt eller meget godt helbred (Rasmussen og Due 2011: 12). Desuden er der på de fleste parametre social ulighed i sundhed blandt børn og unge, selvom denne ulighed ikke er helt så udtalt som for den voksne befolkning. Samtidig er sociale forholds betydning for sundhed mere kompliceret at vurdere for gruppen af børn og unge end for den øvrige befolkning, idet forskellene børnene imellem typisk er mindre end tilfældet er for voksne. Dog er der på de fleste parametre social ulighed i sundhed blandt børn og unge.

Hvad ved vi om effekter af forebyggende indsatser overfor børn og unge?

Som beskrevet i ovenstående afsnit, foreligger der meget viden om ulighed i sundhed blandt børn og unge, og der er flere store nationale og internationale undersøgelser, som bidrager til overblik på området.

⁵ Der indgår 35 lande i 2001/2002-undersøgelsen og 40 lande i 2009/2010-undersøgelsen.

Derimod er den danske viden, der findes om interventioner på området, samt effekten af disse interventioner, mere sparsom og lokal. Det er derfor vanskeligt at få systematisk overblik over interventionerne i samme grad som over uligheden, hvorfor nærværende afsnit kun indeholder et udpluk af indsatserne. I søgningen efter viden om forebyggende indsatser overfor børn og unge i dansk sammenhæng har forskningsgruppen bag dette forskningsprojekt anvendt en kombination af to forskellige søgestrategier. Der er indledningsvist søgt i relevante publikationer fra især Sundhedsstyrelsen, men også Statens Institut for Folkesundhed og Socialstyrelsen. Til denne del af søgningen er der blevet søgt på forskellige kombinationer af ordene: Børn, unge, risiko, udsatte, sundhed, forebyggelse, intervention, indsats og effekt. Herefter er der søgt i litteraturlister i de publikationer, der er vurderet som værende mest relevante. I begge strategier har kriterierne for de tilvalgte publikationer været, at de vedrører en eller flere velbeskrevne interventioner for at fremme sundhed og forebygge sygdom på børne- og ungeområdet, at hele eller dele af interventionerne relaterer sig til risikobørn eller udsatte børn, at publikationen i videst muligt omfang evaluerer på effekterne af interventionen eller interventionerne og endelig, for at sikre en vis aktualitet, at publikationerne ikke er publiceret tidligere end år 2000.

Overordnet kan det siges, at danske og skandinaviske undersøgelser, der afdækker betydningen af forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, har været og stadig er sparsomme. I særdeleshed mangler der forskning i forhold til udsatte børn og unge samt i forhold til effekter af forebyggende arbejde på førskoleområdet (Lissau 2006; Nielsen et al. 2007; Due et al. 2014). Til dette kan føjes, at mange studier kombinerer flere interventioner, hvilket vanskeliggør vurderingen af hvilke interventioner, der har effekt. Der har dog i de senere år været stigende interesse for evidens på området, og en række aktiviteter er igangsat, særligt i kølvandet på strukturreformen fra 2007 og kommunernes deraf følgende nye rolle i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Dette betyder, at der begynder at foreligge evidens for effekterne af forskellige forebyggende interventioner på kort sigt, mens de langsigtede resultater i sagens natur endnu er underbelyste.

Forebyggende indsatser kan karakteriseres som henholdsvis universelle indsatser og indsatser målrettet risikobørn. Nedenstående opridses effekter af nogle af disse tiltag.

Universelle forebyggelsesindsatser

De fleste forebyggende indsatser kan karakteriseres som universelle interventioner, hvilket vil sige, at de retter sig mod alle børn i en pågældende årgang, institution eller klasse.

De fleste interventioner er rettet mod folkeskolerne, og på mange måder virker skolerne og skoleklasserne til at være et fornuftigt sted at sætte ind, da de har stor betydning både for børn og unges mentale, sociale og fysiske sundhed (Wistoft og Grabowski 2010).

Undersøgelser viser, at skoleklassen ofte udgør barnets vigtigste referencegruppe og har særlig betydning for udvikling af sociale fællesskaber og loyalitet (Due et al 2007:141).

I forhold til mentalt velbefindende ved vi, at tidlige indsatser overfor tidlige oplevelser af at mislykkes i skolen spiller en vigtig rolle i forhold til, om børn udvikler psykiske symptomer senere hen. En lang række studier har vist, at problemer med skolearbejdet og indlæringen både er årsag til og konsekvens af psykiske problemer. Det er derfor vigtigt, at børnene, særligt i de første år i skolen, ikke gentagne gange oplever at mislykkes (Due et al. 2007: 156-157).

Et af flere universelle forebyggelsesprojekter i forhold til psykisk sundhed er iværksat af Psykiatrifondens Børne og Ungeafdeling og Forskningsprogrammet for børn og unges trivsel i fællesskab, nemlig 'Projekt optur'⁶. Projektet har til formål at fremme psykisk trivsel blandt gruppen af børn og unge generelt samt for udsatte børn og unge. Interventionen inkluderer 1) Undervisning for alle elever fra 0. til 9. klasse, 2) Øgede lærerkompetencer til at arbejde med psykisk trivsel, 3) Involvering af forældre, sundhedstjeneste, pædagoger, socialrådgivere og PPR og 4) Initiativer i skolens hverdag, såsom forbedring af skolens fysiske og sociale miljø. Projektet er endnu ikke færdigevalueret, men de foreløbige resultater indikerer, at det er muligt at fremme psykisk trivsel og forebygge psykiske problemer blandt børn og unge gennem interventioner i skolen (Bæksted et al. 2011). Endvidere peger undersøgelsen på, at interventionerne virker bedst:

1. Når alle elever, lærere, ledelse og andre personalegrupper involveres.
2. Når der fokuseres på psykisk sundhed og trivsel i stedet for psykisk sygdom
3. Når interventionen er langvarig (minimum ét skoleår)
4. Når der både skabes forbedringer i skolens sociale, fysiske og politiske miljø
5. Når alle skolens muligheder og ressourcer inddrages i interventionen.

Disse resultater stemmer overens med flere internationale undersøgelser på området (Due et al. 2014: 158).

Der forefindes ligeledes en række eksempler på interventioner, der søger at fremme fysisk aktivitet i skolen. Et eksempel på dette er projektet Copenhagen School Child Intervention Study (CoSCIS)⁷ i Ballerup-Tårnby, som påbegyndtes i 2001. I projektet har man indført to ekstra timers idrætsundervisning om ugen, sundhedsundervisning til elever i 1.-3. klasse, efteruddannelse af skolernes idrætsundervisere samt udbygning af skolens idrætsfaciliteter. Projektet viser beskedne men signifikante effekter af interventionerne (Andersen og Froberg 2006).

Et lignende projekt er det skolerettede Svendborg-projekt. Her har man ligeledes indført ekstra idrætstimer hos folkeskoleelever fra 0. til 6. klasse. Interventionen resulterede i gavnlige effekter på BMI og fedtprocent. Effekten var størst ved de børn, der var

⁶ www.si-folkesundhed.dk

⁷ www.Interventionsforskning.dk

overvægtige fra start. Efter 2 år med mere idræt var andelen af overvægtige og fede børn signifikant lavere i interventionsskolerne end i kontrolskolerne (Klakk 2013).

Projektet "Boost – frugt og grønt i 7. klasse" inkluderer 40 skoler fra 10 kommuner i hele landet. Indsatsen er tredelt. Første del er skoleorienteret og består i undervisning i klasserne om sundhedsgevinsterne af at spise mere frugt og grønt. Anden del er familieorienteret og skal inspirere forældrene til at øge børnenes frugt- og grøntindtag. Tredje del består i gratis frugt- og grøntordninger til børn fra socioøkonomisk ringe stillede familier. De foreløbige resultater indikerer, at projektet medfører, at frugt og grønt i højere grad bliver en naturlig del i børnenes og de unges kost⁸ (Krøllner 2011).

Også i forhold til rygning, alkohol og stoffer findes forebyggende tiltag, der fokuserer på skoler og skoleklasser. Det drejer sig eksempelvis om interventioner overfor tilgængeligheden af alkohol og rusmidler (Due et al. 2014: 156). Skolebørnsundersøgelsen viser, at skoleklasser har stor betydning for børn og unges alkohol- og rygevaner samt brug af ulovlige stoffer, også når der tages højde for elevsammensætningen i klasserne. Samme tendens gør sig ikke gældende for kostvanerne. Resultaterne er i overensstemmelse med udenlandske undersøgelser på området (Johansen et al. 2006). Resultaterne er ikke overraskende, da det, set fra et udviklingspsykologisk perspektiv, er lettere for børn og unge at afprøve grænser ved at ryge eller drikke end ved at spise usundt (Due et al. 2007: 142-144). Andre undersøgelser viser, at børn og unge med svag forankring i skolen ryger mere end de, der har en stærk forankring (Due et al. 2007:144).

Forebyggelsesindsatser målrettet risikobørn

Som tidligere beskrevet, mangler der forskning i effekter af forebyggelsesindsatser, der målrettes risikobørn. Manglen på undersøgelser betyder, at der ikke foreligger megen evidens for effekten af interventioner målrettet udsatte børn og unge. Det betyder dog ikke, at der slet ikke foreligger viden på området. Vi ved noget om sammenhænge mellem ulighed i risikofaktorer og ulighed i børn og unges oplevede symptomer. Denne viden kan bruges som indikator for, hvor det efter al sandsynlighed giver mest mening at sætte ind med forebyggende tiltag overfor udsatte børn og unge.

I forhold til psykisk sundhed henviser Sundhedsstyrelsen i rapporten: "*Fremme af mental sundhed*" til studier, der viser, at veltilrettelagte interventioner, som også inkluderer forældre og nærmiljø, har en forebyggende effekt på mobning, alkoholmisbrug, depression og suicidal adfærd (Falgaard og Lauridsen 2008: 34). Rapporten henviser endvidere til udenlandske undersøgelser, der konkluderer, at mobning i skolen er ansvarlig for op til 30 % af tilfælde, hvor børn udviser depressive symptomer (ibid.: 24).

⁸ Broen til bedre sundhed er ligeledes involveret i projekt Boost, hvilket beskrives senere i rapporten.

Andre undersøgelser kommer til lignende resultater. I antologien *”Social ulighed i sundhed blandt børn og unge”* påpeges, at børn, som føler sig utrygge i skolen, har markant flere symptomer end børn, som føler sig trygge. Særligt børn, der udsættes for mobning, er voldsomt helbredsmæssigt belastede i forhold til deres skolekammerater (Due et al. 2007: 146-146). Der ses ikke tendenser til, at socioøkonomisk dårligt stillede børn og unge har nævneværdigt dårligere forhold til forældre, venner eller lærere end socioøkonomisk velstillede børn. Men væsentlig flere børn fra socioøkonomisk dårligt stillede familier bliver mobbet og føler sig utrygge i skolen. Desuden viser undersøgelser, at disse børn ofte mangler skolerelateret støtte fra forældrene som eksempelvis deltagelse i møder på skolen, lektielæsning m.m. Der er således ikke væsentlig social ulighed i det sociale netværk til henholdsvis forældre, venner og lærere, men der er stor social ulighed i forhold til, hvor godt de forskellige netværk kommunikerer med hinanden. Det gælder især relationer mellem forældre og skole. En væsentlig del af forekomsten af social ulighed i børns symptomer kan forklares i sociale forskelle i relationer. Det betyder, at meget af den sociale ulighed i børn og unges symptomforekomst kan forebygges ved at fjerne socioøkonomisk ringere stillede børn og unges utryghed ved skolen, nedsætte risikoen for mobning og i højere grad integrere socialt svage forældre i forhold, der relaterer sig til skolen (Due et al. 2007: 148).

Også indsatser til tidlig opsporing af psykiske symptomer blandt mødre og børn har vist sig effektive. Eksempelvis har indsatser målrettet mødre med psykiske symptomer og fødselsrelateret depression haft en forebyggende virkning. Tredelte interventioner bestående af tilbud ved besøg hos sundhedsplejersken om at udfylde et selvevalueringskema omhandlende kvindens psykiske velvære gennem den seneste uge, opfølgende samtale med jordemoderen straks efter udfyldelse af skemaet og, ved symptomer på depression, tilbud om samtaler med jordemoder eller specialist, har vist sig effektive⁹ (Marklund og Simic 2012: 24). Der er ligeledes dokumentation for, at tidlige hjemmebesøg, forældre-støttende programmer og adfærdsterapi til udsatte familier, har effekt på børn og unge med adfærdsvanskeligheder¹⁰. Dette gælder især for børn med udadreagerende adfærd, mens effekten er mere usikker, når det gælder indadvendte symptomer¹¹. Også tidlige indsatser, eksempelvis forældre-støttende programmer, kan generelt forebygge sværere symptomer senere i livet hos børn og unge med mindre udtalte psykiske symptomer. Det gælder især, hvis der sættes ind før barnet fylder 8 år (Due et al. 2014: 150,160).

⁹ Denne metode kendes også som Edinburgh-metoden.

¹⁰ Se endvidere kapitel 10.

¹¹ Dette erfarer blandt andet i programmet: Parent Management Training (socialstyrelsen.dk).

Sundhedsvæsenets universelle forebyggelsestilbud såsom tilbud om vaccinationer, sundhedsundersøgelser osv., der orienterer sig mod hele gruppen af børn og unge, anvendes oftest af de bedst stillede familier (Nielsen et al. 2007: 158, Sundhedsstyrelsen 2001a:135). Eksempelvis ses en tendens til, at sundhedsvæsenets tilbud sjældnere benyttes i landdistrikterne og i yderkommuner, hvor der kan være langt til jordemoder, lægehus og sygehus. Især familier med anden etnicitet end dansk er underrepræsenterede. Et projekt i et socialt boligområde på Nørrebro har imidlertid vist, at ved at sende forældrene postkort med påmindelser om at komme til lægen eller andre sundhedspersoner, opnår man højere dækningsgrad blandt de familier, som sædvanligvis er underrepræsenterede (Nielsen et al. 2007: 155-156).

Også i forhold til skolesundhedsplejerskernes arbejde har der været særlig fokus på kontakt til de socioøkonomisk dårligst stillede børn og unge. Undersøgelser viser, at disse børn og unge taler med skolesundhedsplejersken om flere emner, lærer mere af sundhedssamtalen og oftere vender tilbage med opfølgende spørgsmål og kommentarer end de øvrige børn og unge. Undersøgelserne viser også, at sundhedssamtalen er særlig gavnlig for netop denne gruppe, hvis børnene og de unge selv bestemmer emnerne, føler, at de har tid nok til at snakke, og at skolesundhedsplejersken primært lytter og giver gode råd, men ellers i høj grad lader børnene og de unge tale (Ibid.: 156). Skolesundhedsplejerskerne har også i særlig grad mulighed for at få kontakt til børn fra etniske familier og herved virke som bindeled til det øvrige sundhedsvæsen (Ibid.: 161).

I et forebyggelsesprojekt i Oslo iværksatte man et tæt samarbejde mellem flygtninge og indvandrere, sundhedspersonale og tolke. Indsatsen forbedrede både integrationen af familierne samt deres forståelse af det norske sundhedsvæsen og betydningen af at deltage i forebyggende aktiviteter såsom vaccinationer og sundhedsundersøgelser (Ibid.: 162).

Generelt gælder, at sundhed er et bredt begreb, der kan operationaliseres på mange måder. De her præsenterede forebyggelsestiltag relaterer sig kun til mobning, psykiske symptomer, frugt og grønt, motion og overvægt, alkohol, tobak og illegale stoffer, skolesundhedsplejersken og udvidede ydelser i relation til sundhedsvæsenets generelle forebyggende tilbud. Der er således en lang række sundhedsrelaterede faktorer, der er underbelyste, givetvis fordi de er komplekse at intervenere overfor, ligesom det er yderst vanskeligt at måle effekten af sådanne interventioner. Eksempelvis er det lettere at effektevaluere indsatser overfor rygning og alkohol end overfor kostvaner generelt.

Ikke desto mindre peger de eksisterende forebyggende tiltag tilsammen på, at mange interventioner betaler sig. Det gælder især, når tiltagene har følgende karakteristika:

- Når tiltagene inkluderer så mange forskellige aktører fra så mange forskellige instanser som muligt.

- Når der i tiltagene både fokuseres på individet og den kontekst, individet agerer i (eksempelvis kombinationer af undervisning og indretning af fysiske forhold, så sunde valg bliver lettere).
- Når interventionerne er langvarige.
- Når interventionernes budskaber er få og enkle.
- Og når der sættes tidligt ind.

Disse kendetegn ved effektive forebyggelsesinitiativer i dansk sammenhæng har visse lighedstræk med international forskning. Eksempelvis har Verdenssundhedsorganisationen WHO, i en opsamling af forebyggende indsatser målrettet børn og unge i Europa, konstateret, at der er stor forskel på effekterne af indsatserne. WHO konkluderer, at de projekter, der har mest succes, er kendetegnet ved følgende karakteristika:

- Det er tiltag, som inkluderer og koordineres i samarbejde med så mange aktører som muligt. Især tiltag, som både inkluderer nationale, regionale og lokale aktører er effektive, fordi der her kan iværksættes interventioner, som tager hensyn til de komplekse interaktioner mellem individet og de samfundsbetingelser, individet agerer i.
- Det er tiltag, som inkluderer en særlig indsats overfor børn og unge, som er socioøkonomisk ringe stillet.
- Det er tiltag, som sænker prisen på og øger tilgængeligheden af sunde valg og/eller hæver prisen på og mindsker tilgængeligheden af usunde valg. Dette er særligt relevant i forhold til børn og unge fra socioøkonomisk ringe stillede familier.
- Og det er tiltag, som formulerer målet positivt (eksempelvis at øge lighed i sundhed i stedet for at mindske ulighed i sundhed) (Macfarlane 2005:4-10).

Ligeledes har flere ekspertgrupper nedsat under eksemplvis WHO, OECD, UNICEF og EU peget på evidens for, at indsatser overfor kognitiv og social udvikling tidligt i livet har gode helbredsmæssige og økonomiske effekter (Sundhedsstyrelsen 2001a:48). Også Sundhedsstyrelsens review over virksomme indsatser overfor ulighed i sundhed konkluderer, at tiltag, som inkluderer mange aktører fra så mange forskellige instanser som muligt samt tiltag, som varer over en længere periode har størst sandsynlighed for at øge ligheden i sundhed (Sundhedsstyrelsen 2011a:135).¹²

¹² For mere udførlig gennemgang af internationale erfaringer med forebyggende indsatser for at fremme lighed i sundhed blandt børn og unge henvises til rapporten: "Ulighed i sundhed - årsager og indsatser" (Sundhedsstyrelsen 2011a).

Kapitel 2 – Undersøgelsesmetode

Den forskning, der har frembragt denne rapports empiriske grundlag, baserer sig på såkaldt metodetriangulering, hvor flere forskellige dataindsamlingsmetoder mikses. Hensigten har været at få en bredere adgang til undersøgelsesgenstanden. Således baserer rapporten sig på følgende kilder:

1. En litteraturanalyse af eksisterende officielle politikker og instrukser fra de to kommuner. Disse dokumenter er skaffet gennem en gennemgang af de to kommuners hjemmesider (deres ansigter udadtil). Efter denne gennemgang af hjemmesiderne er kommunerne blevet bedt om eventuelt at supplere med relevante dokumenter, som forskergruppen ikke har kunnet finde på hjemmesiden. Dokumentindsamlingen blev foretaget i perioden fra medio maj til primo juni 2014.
2. En elektronisk spørgeskemaundersøgelse målrettet relevante fagpersoner i de to kommuner. Kommunerne er blevet bedt om at sende spørgeskemaet til følgende personer:
 - Faglig leder af myndighedsafdeling + myndighedsrådgiverne i forvaltningen
 - Faglig leder af Sundhedsplejen + alle sundhedsplejersker
 - Faglig leder af familiekonsulenter + alle familiekonsulenter
 - Faglig leder af dagplejeområdet + dagplejekonsulenter
 - Faglig leder af skoleområdet
 - Leder af de tværfaglige teams + alle deltagere i de tværfaglige teams
 - SSP – konsulenter
 - Ergoterapeuter i Børn og Unge
 - Misbrugskonsulenter i børn og unge
 - Skoleledere samt viceskoleledere + AKT-lærere
 - Ledere af skolebestyrelser
 - Daginstitutionsledere
 - SFO-ledere
 - Ledere af kommunale døgninstitutioner
 - Ledere af andre støtteforanstaltninger for udsatte børn og unge.

De to kommuner har selv haft ansvaret for at sende skemaet ud til deres medarbejdere. Skemaet er sendt til omtrent 240 respondenter i de to kommuner. Besvarelsesperioden løb fra medio juni til primo juli. Spørgeskemaet indeholder en kombination af kvantitative og kvalitative spørgsmål. I alt har 125 respondenter besvaret spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 52 procent. Svarene fordeler sig noget ujævnt, eftersom 84 medarbejdere fra Lolland Kommune og 41 respondenter fra Guldborgsund Kommune har besvaret skemaet.¹³ Grundet de

¹³ Spørgeskemaet er sendt ud til omtrent det samme antal respondenter i de to kommuner.

forholdsvist lave svarprocenter og de store forskelle de to kommuner imellem vil besvarelsene primært blive præsenteret samlet. Besvarelser fra hver af de to kommuner fremgår af bilag 1 og 2.

3. Der er udsendt et elektronisk spørgeskema målrettet praktiserende læger samt læger ansat i regionsklinikker. Region Sjælland har sendt spørgeskemaet ud til i alt 65 læger. Besvarelsesperioden løb fra ultimo juni til medio august. Spørgeskemaet er en kombination af kvantitative og kvalitative spørgsmål. I alt har 23 læger besvaret skemaet, hvilket giver en svarprocent på 35 procent. Besvarelsene fremgår af bilag 3.
4. Der er gennemført en kvalitativ interviewundersøgelse af faglige ledere i de to kommuners forvaltninger samt repræsentanter fra de tværfaglige grupper¹⁴ i de to kommuner. I alt er der foretaget 2 fokusgruppeinterviews med faglige ledere samt seks fokusgruppeinterviews med repræsentanter fra de tværfaglige grupper. Alle interviews er af mellem 1 og 1½ times varighed. Interviewene er efterfølgende blevet transskriberet og anonymiseret. Af hensyn til medarbejdernes anonymitet vedlægges transskriptioner ikke som bilag til rapporten.
5. Der er gennemført kvalitative fokusgruppeinterviews med udvalgte regionale aktører med relevans for området: Familieambulatoriet i Næstved, Børneambulatoriet i Nykøbing Falster samt Børnehuset i Næstved. Alle interviews er af mellem 1 og 1½ times varighed. Interviewene er efterfølgende blevet transskriberet og anonymiseret. Af hensyn til medarbejdernes anonymitet vedlægges transskriberinger ikke som bilag til rapporten.

Alle transskriberinger er sendt til interviewpersonerne for at indhente deres accept af det skrevne, og de har fået mulighed for at korrigere, hvor de har fundet det nødvendigt. I rapporten gengives citater fra de kvalitative interviews uden brug af fyldord (ja, øh osv.). Endvidere har det i visse tilfælde været nødvendigt at tilføje enkelte ord for at gøre sætningen meningsfuld i skriftsprogssammenhæng.

Det er væsentligt at være opmærksom på, at en stor del af de medarbejdere, der har deltaget i undersøgelsen (spørgeskema såvel som interviews) sidder i lederpositioner i kommunens institutioner. Når vi i det følgende referer til "medarbejderne", skelner vi imidlertid ikke mellem ledere og medarbejdere ud fra devisen om, at alle er medarbejdere i de respektive kommuner. Endvidere er de respektive ledere ofte blevet bedt om at forsøge at repræsentere deres medarbejders synspunkter.

¹⁴ Med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov skal kommunalbestyrelsen i henhold til sundhedslovens § 123 oprette en eller flere tværfaglige grupper. Den tværfaglige gruppe skal sikre, at det enkelte barns udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab (Sundhedsstyrelsen 2011).

I de følgende kapitler vil vi gengive en række diagrammer fra spørgeskemaundersøgelserne. En del af diagrammerne illustrerer den samlede besvarelserne fra alle medarbejdere i de to kommuner. Diagrammer opdelt efter kommune vil være markeret med henholdsvis (GS) for Guldborgsund Kommune og (L) for Lolland Kommune.

Ud fra en systematisk analyse af alle indsamlede data er resultaterne inddelt i følgende seks hovedområder:

I:	Politikker og instrukser
II:	Samarbejde mellem myndighedsafdeling og frontmedarbejdere
III:	Fokus på sundhed – medarbejdernes sundhedsforståelse
IV:	Almen praksis
V:	De tværfaglige grupper
VI:	Eksisterende virksomme tiltag i de to kommuner

Under hvert hovedområde indgår en række undertemaer. Hovedtemaer og undertemaer udfoldes i de følgende kapitler, hvorefter vi i kapitel 9 og 10 bruger analysens resultater som udgangspunkt for forslag til fremtidige indsatser og forskningsområder.

DEL 2

- Præsentation af hovedresultater

Kapitel 3 – Politikker og instrukser/redskaber

I dette kapitel fokuserer vi på to former for kommunale dokumenter. Dels ser vi på de konkrete politikker, mere specifikt kommunens sundhedspolitik og den sammenhængende børnepolitik. Desuden beskæftiger vi os med de fra centralt hold udstukne instrukser, som beskriver, hvorledes kommunens medarbejdere skal forholde sig og agere, når de står overfor specifikke faglige problemstillinger. I kapitlet vil vi især beskæftige os med, hvorledes kommunernes politikker og instrukser/redskaber fortolkes i praksis, altså hvorledes politikkerne kommer til udtryk gennem medarbejdernes handlinger. I forhold til de omtalte redskaber vil der særligt være fokus på de to kommuners primære redskaber til at sikre, at arbejdet med udsatte børn og unge koordineres på tværs af faggrænser og lokaliteter (GUSA og Handleguiden).

Kommunernes politikker

Fra 1. januar 2007 overgik hovedansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme til kommunerne. For at kunne varetage denne opgave bedst muligt fik alle kommuner til opgave at vedtage fælles strategier, målsætninger og handleplaner for, hvordan kommunen vil løse denne opgave (Sundhedsstyrelsen 2005A). Selvom der ikke i sundhedsloven er formuleret et egentligt krav om at kommunerne skal have en sundhedspolitik, anbefaler såvel Sundhedsstyrelsen som KL, at kommunerne formulerer sådanne, hvilket de fleste kommuner har gjort. Således viste en opgørelse fra 2008, at 68 af landets 98 kommuner havde en færdigudarbejdet sundhedspolitik, hvilket var en stigning på 26 % fra året før. Dette får sundhedsstyrelsen til at konkludere at:

Den store tilvækst af færdigt udarbejdede sundhedspolitikker illustrerer tydeligt, at området er i vækst hos kommunerne, og at de nu et år efter at have fået det fulde ansvar for sundhedsfremme og forebyggelse i store træk har klarlagt linjerne for, hvordan arbejdet skal praktiseres (Sundhedsstyrelsen 2008: 6).

Både Lolland Kommune og Guldborgsund Kommune har udarbejdet og vedtaget sundhedspolitikker. Lolland Kommune i 2007 og Guldborgsund i 2009. Begge politikker har udgangspunkt i en bred sundhedsforståelse. Således kan man i politikkerne læse at:

Sundhed handler her ikke blot om at være uden sygdom, sundhed handler også om bredt set at have et godt og sammenhængende liv, der får det bedst mulige ud af den enkeltes ressourcer. Og man kan godt være sund, selvom man har en sygdom (Lolland Kommune 2007: 3).

Sundhed handler om livskvalitet og trivsel i bred forstand og ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse. Sundhed er en tilstand af fysisk, psykisk og socialt velbefindende, hvor bl.a. kost, motion, arbejde, socialt netværk og

miljøfaktorer har stor betydning for borgernes sundhed og trivsel. Borgere kan være raske i medicinsk forstand, men alligevel have problemer med trivsel og helbred. Sundhed handler også om at have tilstrækkelig handleevne, gode betingelser kombineret med realistiske mål og omsorg for andre (Guldborgsund 2009: 7).

Guldborgsund Kommunes politik beskæftiger sig desuden specifikt med en række konkrete områder som de såkaldte KRAM faktorer¹⁵ samt seksuel sundhed, hygiejne, ulykker m.m., hvor der både gives gode råd samt henvises til relevante kommunale medarbejdergrupper. Lolland Kommunes sundhedspolitik er mindre detaljerig og fokuserer mere på kommunens overordnede vision og målsætning.

I modsætning til det manglende krav i sundhedsloven om udarbejdelse af en kommunal sundhedspolitik, er der i servicelovens et klart krav om, at alle kommuner skal udarbejde en børne- og ungepolitik. Denne er udarbejdet i begge kommuner og beskriver, hvorledes de forskellige faggrupper og sektorer i kommunen skal samararbejde omkring børn og unges trivsel. Ganske naturligt er der et vist overlap mellem de to kommuners sundhedspolitik og deres sammenhængende børne- og ungepolitik. Således beskæftiger den sammenhængende børne- og ungepolitik i de to kommuner sig også med sundhedsfremmede forhold såsom kost og motion. Begge politikker har deres primære fokus på den sociale- og mentale sundhed og beskæftiger sig både med forebyggende og tidlige indsatser. Politikkerne i de to kommuner er begge udarbejdede eller reviderede inden for de seneste fem år og fremstår ganske omfattende og gennearbejdede. Som supplement til kommunernes børne- og ungepolitikker har begge kommuner udviklet et redskab, der skal formidle den eksemplariske handlevej i forbindelse med bekymringssager samt fungere som et fundament for det tværfaglige samarbejde. I Guldborgsund Kommune har dette redskab fået navnet "GUSA", mens den i Lolland Kommune hedder "Handleguiden". GUSA og Handleguiden kan dermed karakteriseres som børne- og ungepolitikernes praktiske udformning i forbindelse med bekymringssager.

Forankring i praksis – medarbejdernes kendskab til politikkerne

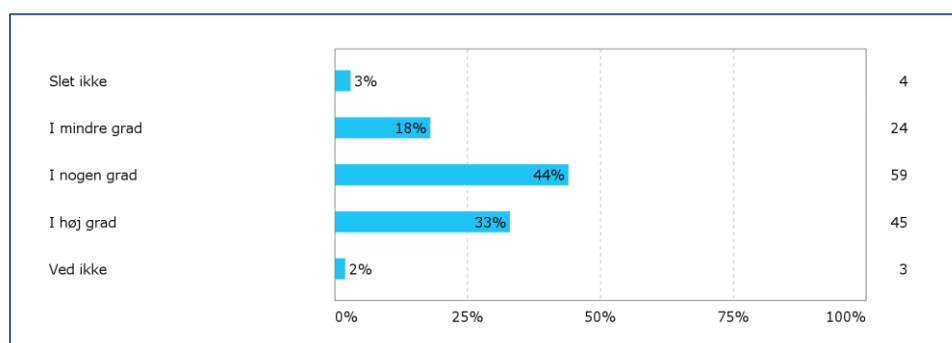
En ting er imidlertid at udforme og vedtage politikker, noget ganske andet er at få disse politikker forankret i medarbejdernes daglige praksis. Således peger et nyligt afsluttet forskningsprojekt på, at der synes at være et gab mellem de kommunalpolitiske målsætninger og medarbejdernes¹⁶ adfærd i forbindelse med iværksættelsen af kommunale

¹⁵ Kost, rygning alkohol og motion - se eksempelvis publikationen "KRAM-undersøgelsen i tal og billeder" (Statens Institut for Folkesundhed 2009).

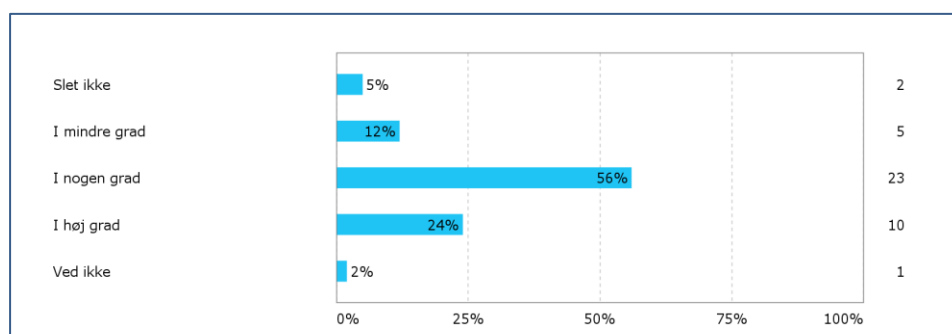
¹⁶ Undersøgelsen beskæftiger sig udelukkende med lærere.

sundhedsfremmeprojekter. Dette gælder i forhold til såvel kost og fysisk aktivitet som anvendelsen af sundhedspædagogiske undervisningsmetoder (Nordin 2013). Vi vil derfor i det følgende beskæftige os med, hvorvidt medarbejderne i de to kommuner oplever, at de respektive politikker er blevet udmøntet i praksis.

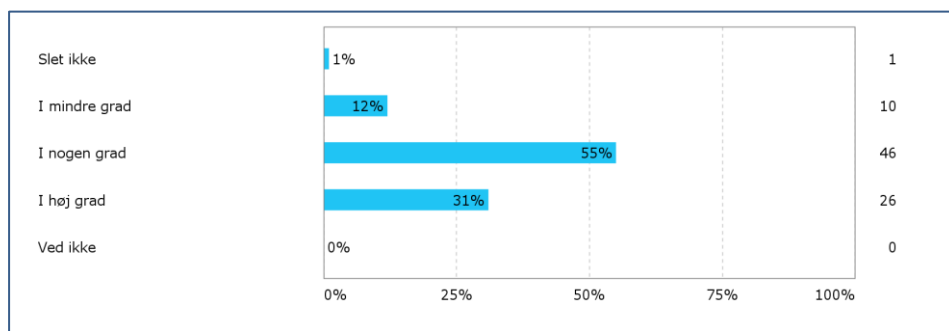
For at de vedtagne politikker kan implementeres i praksis, er det en nødvendighed, at medarbejderne har kendskab til disse politikker og de intentioner og visioner, der ligger bag. Derfor har vi i spørgeskemaerne spurgt til deres kendskab til kommunens sundhedspolitik og børne- og ungepolitikken, samt i hvilket omfang disse politikker, efter deres vurdering, er kendt i deres faglige miljø. Deres svar fremgår af nedenstående figurer.



Figur 3.1 - I hvilket omfang er dit faglige miljø efter din vurdering bekendt med din kommunes officielle sundhedspolitik og dens intentioner i forhold til socialt udsatte børn og unge?



Figur 3.2 (GS) - Er det din vurdering, at indholdet i Guldborgsund Kommunes børne- og ungepolitik er velkendt i dit faglige miljø?



Figur 3.3 (L) - Er det din vurdering, at indholdet i Lolland Kommunes børne- og ungepolitik er velkendt i dit faglige miljø?

Som det fremgår af ovenstående figurer, oplever medarbejderne, at der i deres faglige miljø er et vist kendskab til de kommunale politikker. Særligt den sammenhængende børne- og unge politik synes at være kendt af medarbejderne. Således svarer 80 % i Guldborgsund Kommune og 86 % i Lolland, at medarbejderne i deres faglige miljø ”i nogen grad” eller ”i høj grad” har kendskab til børne- og ungepolitikken.

Man kan således med en vis rimelighed konstatere, at kommunerne er lykkedes med at få deres politikker (i hvert fald børne- og ungepolitikken) ”ud af rådhuset” og ”ind i hverdagen”. Det er dog svært at vide, hvad der menes med, at politikkerne ”i nogen grad” er velkendte, ligesom man kan diskutere, om dette er et tilfredsstillende resultat¹⁷. Der er også nogle, der påpeger, at indholdet i de forskellige politikker opleves at være på et noget overordnet niveau og derfor ikke har den store betydning for den daglige praksis. Dette kommer til udtryk i følgende udsagn:

Jeg kan være bekymret for, om sundhedspolitikken er kendt helt ude hos medarbejderne.

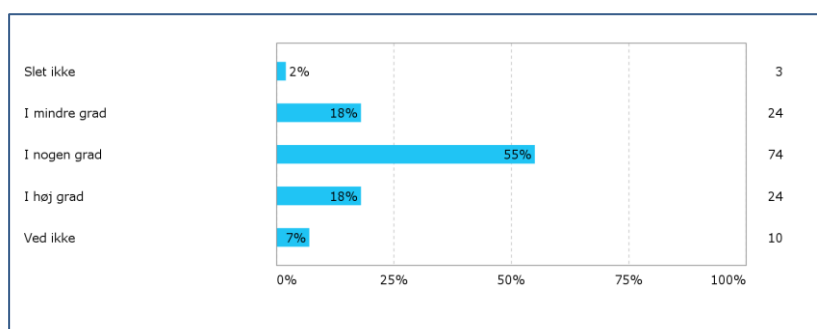
Jeg oplever ikke, at det er sundhedspolitikken, der anvendes som det primære udgangspunkt. Det er børnepolitikken og vores tværfaglige samarbejdsmodel. Sundhedspolitikken bør nok udbredes mere.

Diverse politikker bliver lagt på intra. Af og til er der nogle af punkterne på som orienteringspunkt ved et P-møde. Tror at ejerskab af politikker er vigtige, for at de skal kunne implementeres i skoler og institutioner. Som det er nu, er det blot endnu et stykke papir.

¹⁷ Dette er imidlertid en politisk diskussion, som vi derfor ikke vil beskæftige os yderligere med i denne rapport.

Jeg har kendskab til, at der er en børnepolitik, men i det daglige er der mere fokus på at overholde lovgivningen samt anvende ICS modellen.

Dette billede tegner sig ligeledes i medarbejdernes kvantitative besvarelser, når de skal forholde sig til, hvorvidt kommunens politikker har indflydelse på deres praksis. Nedenfor i figur 3.4 vises svarende på vores spørgsmål om, hvorvidt sundhedspolitikken giver et godt udgangspunkt for at arbejde med sundhedsfremmende indsatser. Som man kan se, er det omkring hver femte, der svarer ”i høj grad”, mens lidt flere svarer ”i nogen grad” eller ”slet ikke”.

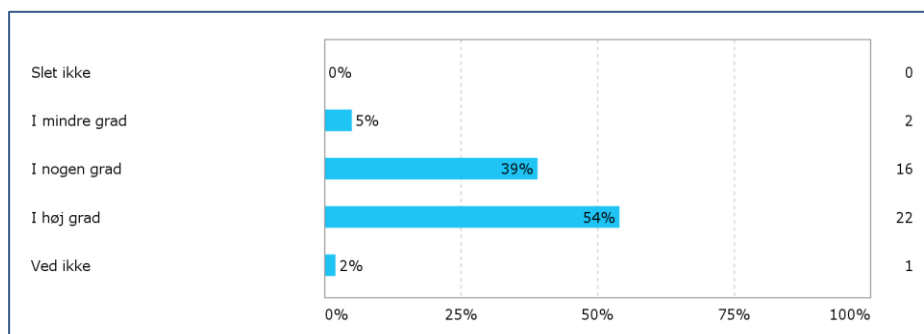


Figur 3.4 - I hvilket omfang giver sundhedspolitikken efter din vurdering jeres faglige miljø et godt udgangspunkt for at arbejde med sundhedsfremmende aktiviteter målrettet socialt udsatte børn og unge?

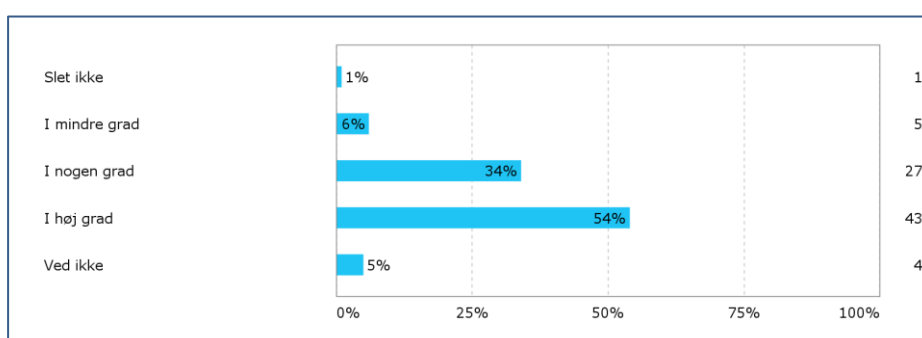
GUSA og Handleguiden

Billedet, som tegnes ovenfor, er nogenlunde det samme, når man spørger til børne- og ungepolitikens betydning for det sociale arbejde¹⁸. Her skal man dog være opmærksom på det forhold, at mens selve politikken kun i et vist omfang har fundet vej til praksis, forholder det sig anderledes med politikken praktiske udtryk i forbindelse med det, der betegnes som ”bekymringsager”, nemlig GUSA og Handleguiden. Derfor skal vi i det følgende se nærmere på disse redskaber. Som det fremgår af nedenstående figurer, fremstår såvel GUSA som Handleguiden som velkendte blandt kommunens medarbejder. Således vurderer henholdsvis 93 % og 88 %, at modellerne ”i nogen grad” eller ”i høj grad” er velkendte i deres faglige miljøer.

¹⁸ Dog oplever medarbejderne i Lolland Kommune i noget højere grad end medarbejderne i Guldborgsund Kommune, at børne- og ungepolitikken anvendes i det daglige arbejde.



Figur 3.5 (GS) - Vurderer du, at GUSA-modellen er velkendt i dit faglige miljø?



Figur 3.6 (L) - Vurderer du, at Handleguiden er velkendt i dit faglige miljø?

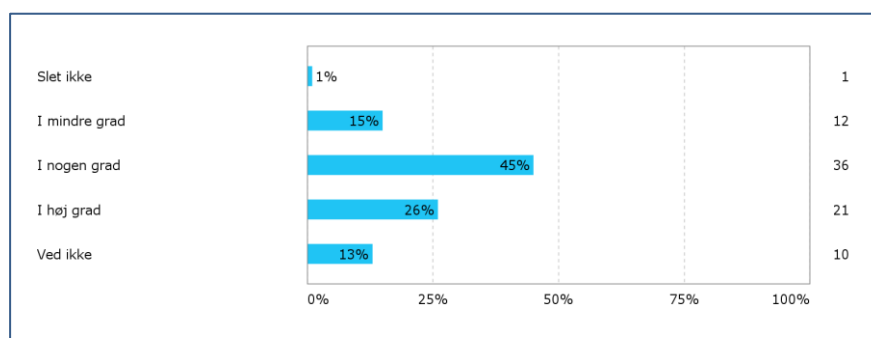
Medarbejdernes svar indikerer, at de respektive redskaber har fundet vej til konkret praksis, hvilket de kvalitative svar i spørgeskema såvel som i interviewene ligeledes indikerer. Flere fremhæver således disse redskaber som særdeles vigtige for deres daglige arbejde. Dette skyldes øjensynligt, at de, modsat de forskellige politikker, er instruerende i deres udformning. De fortæller så at sige medarbejderen, hvad hun skal gøre, mens politikkerne i højere grad lægger op til fortolkning og oversættelse af overordnede intentioner og visioner til konkret praksis. Man kan således forestille sig, at den instrumentelle og instruerende udformning er en af grundene til, at medarbejderne fremhæver disse specifikke redskaber som særdeles hjælpsomme.

Jeg synes jo, at vores GUSA-redskab er rigtig godt. Hvis mine pædagoger er bekymrede derude, hvornår er man så bekymret nok, og hvornår skal man gå i gang? Der har vi med GUSA en skala, som nogenlunde viser, om det er sådan og sådan. Og selvfølgelig er man altid i tvivl alligevel. Men den er da sådan en rettesnor for, at der er noget, vi skal handle på.... Der er meget stor forskel på, hvad det er for nogle problematikker. Så jeg synes, det er et godt redskab, også for pædagogerne, når vi skal i gang.

Særligt GUSA-modellen fremhæves spontant gentagne gange af medarbejderne i Guldborgsund Kommune i såvel spørgeskemaundersøgelsen som i de kvalitative interviews, mens medarbejderne i Lolland Kommune i noget mindre grad refererer til Handleguiden. Dette kunne eventuelt indikere, at der er forskel på, i hvilken udstrækning modellerne er integrerede blandt medarbejderne. Datamaterialet giver ikke et klart svar på dette, ligesom materialet heller ikke kan give nogen entydig forklaring på, hvorfor det eventuelt måtte forholde sig således. Vi vender dog tilbage til dette forhold i kapitel 8.

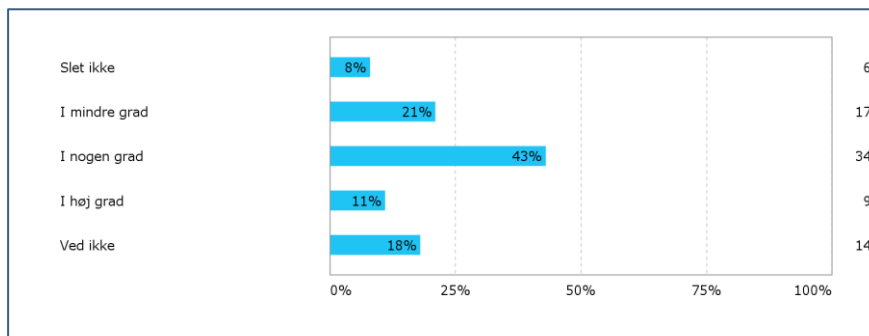
Problematikker i forhold til GUSA og Handleguiden

Selvom mange som sagt fortæller, at de konkrete redskaber er kendt i de forskellige faglige miljøer, er det ikke ensbetydende med, at redskaberne rent faktisk bruges. Samtidig forholder det sig ligeledes således, at når redskaberne bruges, er det ikke altid, at de bruges, som det oprindeligt var intentionen. Således omhandler en række spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen medarbejderens konkrete brug af de foreliggende redskaber. Af figur 3.7 og 3.8 fremgår det, at medarbejderne i Lolland Kommune i et vist omfang bruger Handleguidens liste over bekymringstegn samt den såkaldte børnelinje¹⁹, der både skal hjælpe medarbejderne til at vurdere bekymringsgraden samt den relevante indsats i forhold til det enkelte barn. Det er værd at hæfte sig ved, at tallene i et vist omfang (særligt for børnelinjen) differentierer sig fra procentsatserne i figur 3.6 (kendskabet til redskaberne).



Figur 3.7 (L) - I Handleguiden findes en liste over de første bekymringstegn. Anvendes denne i dit faglige miljø?

¹⁹ Børnelinjen i Handleguiden er også kendt under navnet børnelinealen, som er et redskab udviklet af Tine Egelund og Lis Hillgaard og beskrevet i bogen 'Social Rådgivning og Social Behandling' (Egelund og Hillgaard 1993). Børnelinealen er siden blevet anvendt af mange af landets kommuner til at vurdere risikofaktorer omkring udsatte børn.



Figur 3.8 (L) - I Handleguiden findes konkrete redskaber, der kan hjælpe jer i forbindelse med tidlig indsats, f.eks. Børnelinjen 1-2- og 3. Anvendes disse i dit faglige miljø?

Denne mindre udtalte brug af de konkrete redskaber kan blandt andet skyldes en kendt ulempe ved konkrete redskaber²⁰. Problemet i denne sammenhæng er, at jo mere specifik og konkret et redskab kan siges at være, jo sværere kan det vise sig at bruge i den konkrete kontekst, fordi redskabet ikke passer ind i den konkrete sammenhæng. Desuden kan det være en ulempe, når et redskab, som eksempelvis Børnelinealen, bliver løsrevet fra den oprindelige teori og beskrivelse, og dermed ikke længere er teoretisk funderet i den måde, den anvendes på i praksis.

Jeg kunne ønske, at børnelinealen bliver omsat til de reale vilkår, der gælder i Lolland Kommune. Min og mine medarbejders vurdering i forhold til andre myndigheders vurdering i forhold til børnelinealen og ikke mindst indsats er ikke sammenlignelige.

²⁰ Det er en velkendt problematik i det sociale arbejde, at der ofte er vanskeligheder i praksis med at få redskaber eller valgte metoder implementeret, så de forstås og udøves på samme måde af alle. Thorsager et al. (2007) har undersøgt denne problematik. De definerer metodisk socialt arbejde som *planlagt, formålstjenligt, systematisk og verbaliseret*. Det betyder, at arbejdet indebærer overvejelser om, hvad målet med indsatsen er, hvilke midler der er hensigtsmæssige for at nå dette mål, samt at arbejdet er tilrettelagt på så systematisk en måde, at socialarbejderen selv og dennes kolleger kan gentage metoden. Det er en forudsætning for denne reproduktion, at socialarbejderne sætter ord på mål, midler og systematik i arbejdet. På baggrund af interview med en række praktikere inden for forskellige områder af socialt arbejde viser deres analyse, at alle praktikerne benytter nogle relativt faste fremgangsmåder. Forfatterne insisterer dog på at reservere metodebegrebet til det, de kalder *afprivatiserede* metoder, dvs. de metoder eller fremgangsmåder, som socialarbejderne kan sætte ord på, og som de og deres kolleger kan reproducere. Ud fra denne definition konkluderer de, at meget af det sociale arbejde, som deres interviewpersoner beskriver, ikke kan betegnes som metodisk.

Dette forhold, at redskaberne i GUSA og Handleguiden ikke altid passer i den konkrete kontekst, kan medføre, at de bliver udsat for en vis fortolkning, hvorfor der i praksis kan eksistere mange forskellige udgaver af det samme redskab. En medarbejder fortæller således, at der efter hans vurdering praktisk talt findes en forskellig fortolkning af GUSA på hver skole og hver daginstitution, hvilket gør redskabet mindre effektivt og dermed noget som dele af medarbejdergruppen opgiver at bruge tid på.

En anden grund til de mange forskellige fortolkninger af modellerne kunne også være, at kendskabet til redskaberne måske ikke er helt så dybt, som medarbejderne i spørgeskemaundersøgelsen giver udtryk for. I hvert fald peger flere på, at redskaberne er beskrevet i lange hæfter og i et kompliceret sprog, der i en travl hverdag kan medføre, at medarbejderne kun sporadisk sætter sig ind i stoffet, for i stedet i højere grad at lære redskabet at kende ved at bruge det.

Børne- og ungepolitikken fylder 30 sider og har et højt lixtal og er dermed svær at læse. Handleguiden fylder 60 sider!

Den er meget omfangsrig - og det betyder desværre, at der er flere, som ikke får læst den.

Spurgte for sjov 6-7 kollegaer: 3 havde hørt om Handleguiden og de sidste vidste ikke hvad jeg talte om.

Flere foreslår i den forbindelse, at der skal gøres en indsats for at udbrede kendskabet og kompetencen til at bruge de konkrete redskaber, samt at der skal skabes en større ensartethed i brugen af redskaberne.

Opsummering

I dette kapitel har vi beskæftiget os med kendskabet til og integrationen af kommunernes politikker og handleinstrukser/-redskaber. Vi har set, at kendskabet til kommunens politikker tilsyneladende er på et noget lavere niveau end kendskabet til de konkrete redskaber. Endvidere tyder medarbejdernes besvarelse på, at de har visse problemer med at omsætte politikken til konkret praksis. Om dette skyldes politikernes udformning, eller det kan tilskrives medarbejdernes modvilje mod at bruge tid på at læse abstrakte og overordnede visionspapirer, giver undersøgelsen ikke noget endeligt svar på. Sandsynligvis skyldes det en kombination af flere forhold. Modsat politikkerne kan man konstatere, at de konkrete redskaber målrettet udsatte børn og unge i større udstrækning bruges i det kommunale system (særligt GUSA fremhæves gentagne gange), og flertallet af de adspurgte medarbejdere er glade for dem. Samtidig foreligger der tilsyneladende et vist arbejde (på samme vis som i forbindelse med integration af de kommunale politikker) med fortsat at udbrede kendskabet til redskabernes oprindelige intention og dermed standardisere brugen

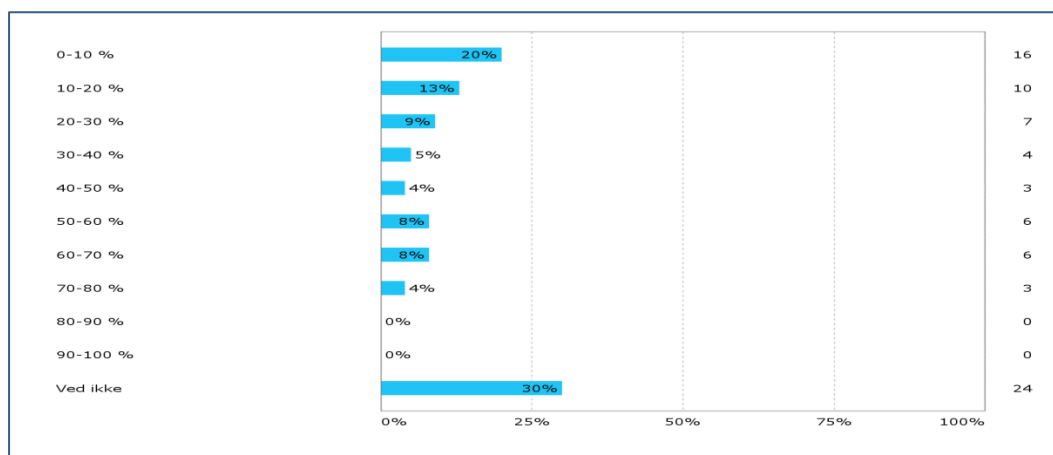
af dem²¹. Flere medarbejdere påpeger således, at det største problem med redskaberne pt. er den manglende standardisering i brugen af dem, hvilket medfører vanskeligheder for medarbejdere, der arbejder tværinstitutionelt.

²¹ I bilag 1 (side 19-20) og bilag 2 (side 23-24) fremgår medarbejdernes samlede forslag til forbedringer af GUSA såvel som Handleguiden.

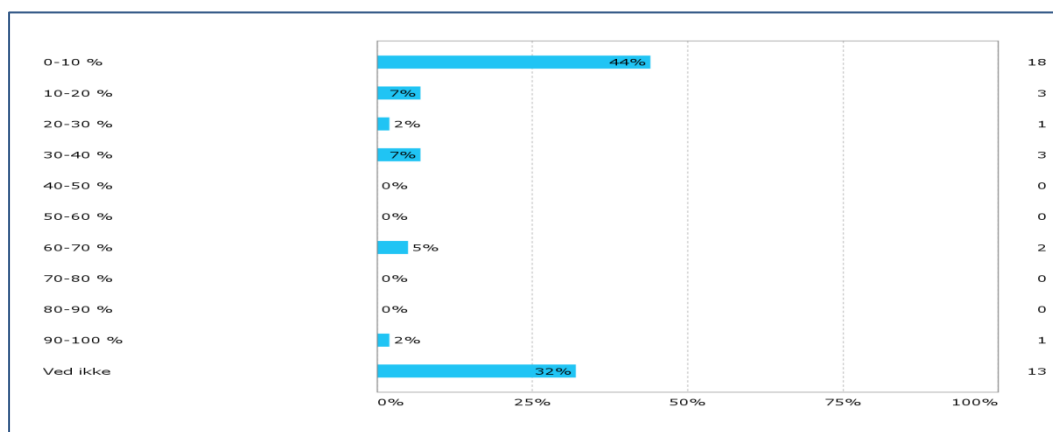
Kapitel 4 – Samarbejde mellem kommunernes myndighedsafdelinger og frontmedarbejderne

I forlængelse af temaet om politikker og instrukser vil vi i dette kapitel beskæftige os med samarbejdet mellem myndighedsafdelingen og frontmedarbejderne. Det ser ud til, at de forskellige redskabs succes til en vis grad afhænger af en vis koordinering mellem de forskellige kommunale instanser. Dette emne er berørt i spørgeskemaet, ligesom det dukker op i de kvalitative interviews.

En vigtig opgave i forbindelse med de såkaldte bekymringssager er at vurdere, om frontmedarbejderne skal informere myndighedsafdelingen om deres bekymring. Ifølge serviceloven skal dette ske i form af en såkaldt underretning. I spørgeskemaet spørger vi til sammenhængen mellem underretninger og brug af de kommunale bekymringsredskaber (GUSA og Handleguiden). Her sporer man en tydelig forskel imellem de to kommuner.

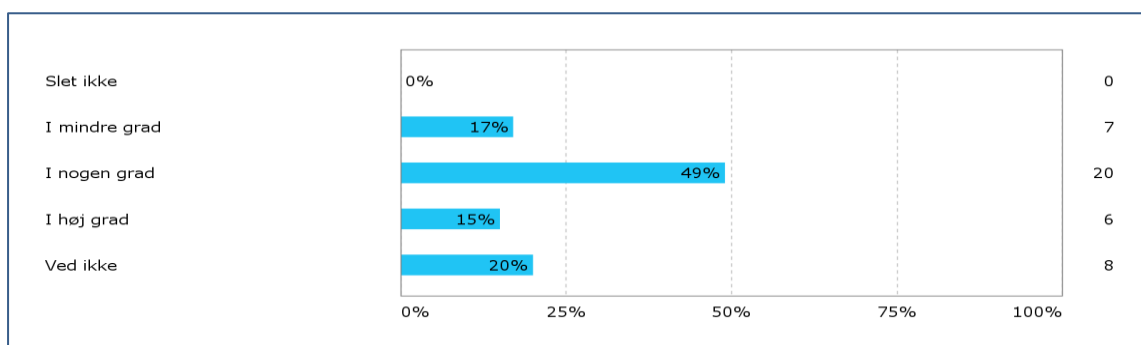


Figur 4.1 (L) - Hvor stor en andel af de børn/forældresager, hvor der rejses en bekymringssag (jf. Handleguiden), ender forløbet efter din vurdering med en underretning?



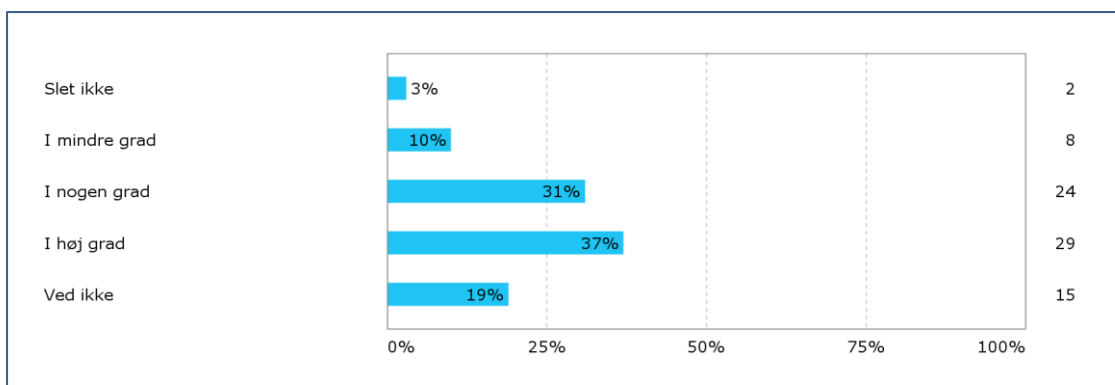
Figur 4.2 (GS) - I hvor stor en andel af de børn/forældresager, hvor I starter en stafetlog, ender forløbet efter din vurdering med en underretning?

Som det fremgår af de to tabeller ser det ud til, at en bekymring oftere ender i en underretning i Lolland Kommune end i Guldborgsund Kommune²². Det er svært at vide, hvad denne mulige forskel skyldes. En mulighed kan være, at medarbejderne i Guldborgsund (jf. datamaterialet) oftere benytter GUSA og derved også tager redskabet i brug i "mindre alvorlige" sager, som efterfølgende løses uden underretninger. Det kan således tænkes, at GUSA er hjælpsom i forhold til at vurdere, hvornår der skal underrettes. Det ville dog kræve en grundigere sammenlignende gennemgang af de to kommuners sagsarbejde for at kunne underbygge denne hypotese. En anden mulighed er, at medarbejderne i Guldborgsund i mindre grad oplever, at det nytter at sende underretninger til myndighedsafdelingen. I hvert fald kan man, som det fremgår af nedenstående model, se, at medarbejderne i Guldborgsund kommune generelt vurderer samarbejdet omkring underretningssager mellem myndighedsafdeling og frontmedarbejderne mindre positivt end tilfældet er for medarbejderne i Lolland kommune. Dette kan ses i nedenstående figurer, hvoraf det fremgår, at 29 procent af de adspurgte i Lolland kommune vurderer, at samarbejdet mellem frontmedarbejdere og myndighedsafdeling "i høj grad" er tilfredsstillende i forbindelse med underretningssager, mens det samme kun gør sig gældende for 15 procent i Guldborgsund kommune.



Figur 4.3 (GS) - Vurderer du samarbejdet mellem dit faglige miljø og myndighedsafdelingen som tilfredsstillende i de tilfælde, hvor I har sendt en underretning?

²² Man skal dog være opmærksom på, at spørgsmålene ikke er identiske, eftersom de beskæftiger sig med henholdsvis Handleguden og GUSA, hvilket medfører, at man skal være varsom med sammenligninger.



Figur 4.4 (L) - Vurderer du samarbejdet mellem dit faglige miljø og myndighedsafdelingen som tilfredsstillende i de tilfælde, hvor I har sendt en underretning?

Selvom antallet af respondenter (som tidligere nævnt) er lavt, når man sammenligner på tværs af de to kommuner, er det alligevel tænkevækkende, at svarene fordeler sig som de gør, hvilket kan give anledning til overvejelser over kvaliteten af samarbejdet mellem myndighedsafdeling og frontmedarbejdere i kommunernes institutioner.

Dette tema kom ligeledes op i interviewene i Guldborgsund kommune²³, hvor medarbejderne i interviewene fortæller, at de til tider oplever en mangelfuld kommunikation mellem frontmedarbejderne og myndighedsafdelingen, hvilket skaber frustration. Dels fordi man mangler information, og dels fordi den manglende information medfører, at man til tider kommer til at lave spildt arbejde.

Noget af det, jeg synes, man bruger meget ekstra arbejde på, det er tilbagemeldinger. Det er nok noget af det, jeg synes, der halter mest. Og vi har stadig gode intentioner alle sammen, men jeg synes tit, at man laver meget ekstra arbejde, fordi man mangler en tilbagemelding.

I spørgeskemaundersøgelsens kvalitative del sporer man samme tendens i såvel Guldborgsund som i Lolland kommune. Her fremgår følgende:

Der opleves generelt lukkethed mellem myndighedsafdelingen og frontpersonalet. Der orienteres ikke om, hvad der evt. følger efter underretningen.

Det er ærgerligt, at vi ikke får en opfølgning på, hvad der sker, når vi har underrettet. Som det fungerer i dag, får vi kun kvitteringen

²³ At temaet ikke kom frem i interviewene i Lolland kommune kan selvfølgelig skyldes, at utilfredsheden er mindre, men det kan også skyldes, at der ikke deltog sagsbehandlere i disse interviews.

*Vi oplever ikke at blive informeret eller inddraget efter en
bekymringshenvendelse*

Når underretningerne er sendt, hører man ofte ikke mere.

At sagsbehandlerne kender til frontmedarbejdernes ønsker, vidner nedenstående kommentar fra spørgeskemaet om:

*Inddragelse efter en underretning bliver efterspurgt, og vi arbejder med at
udvikle metoder og systematik. Vi kan blive bedre endnu.*

Der synes således at være indikationer på, at afstanden mellem frontmedarbejdere og myndighedsafdeling i hvert fald blandt visse grupper opleves som værende for stor, hvilket skaber frustration blandt såvel frontmedarbejderne (der føler sig overset) som sagsbehandlere (der har svært ved at nå det hele og samtidig skal forholde sig til frustrerede medarbejdere). Man kunne på den baggrund overveje, om der i de to kommuner er behov for at drøfte, hvorledes man mindsker den oplevede distance mellem frontmedarbejdere og myndighedsafdeling. I sidste ende risikerer oplevelsen af kommunikative brister at føre til, at medarbejdere i værste fald stopper med at indberette underretninger ud fra devisen: "Hvorfor underrette, hvis det alligevel ikke gør en forskel?". Hvis arbejdet, som udføres i myndighedsafdelingen, er skjult for de ansatte, kan man nemt komme til at tænke, at der rent faktisk ikke laves noget arbejde – myter har altid bedre vækstbetingelser, hvis man ikke har adgang til hinandens virkelighed.

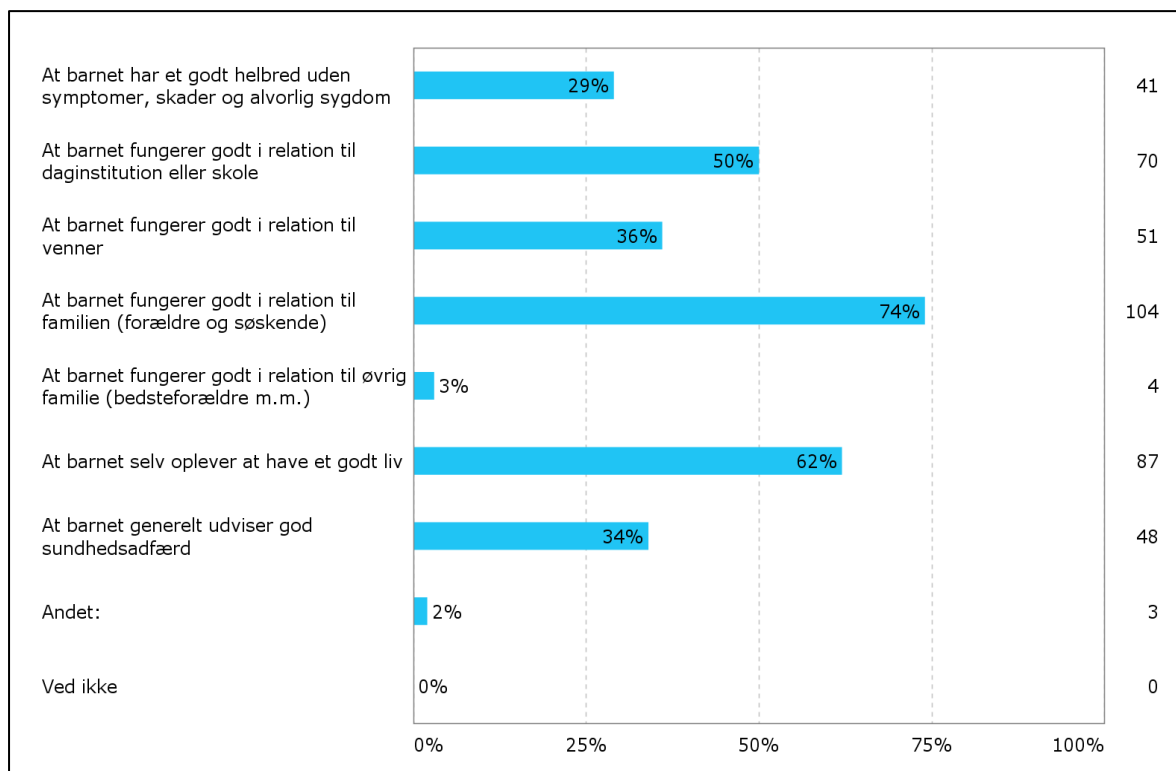
Opsummering

Der er en forskel på de to kommuner i forbindelse med brug af kommunale bekymringsredskaber og antallet af underretninger. Således er det ifølge medarbejderne sjældnere, at en bekymringssag fører til en underretning i Guldborgsund Kommune end i Lolland Kommune. Der kan eventuelt være sammenhæng mellem dette forhold og medarbejdernes generelle oplevelse af samarbejdet mellem frontmedarbejdere og myndighedsafdeling i forbindelse med bekymringssager, eftersom medarbejderne i Lolland Kommune overordnet set vurderer dette samarbejde mere positivt end medarbejderne i Guldborgsund Kommune.

Kapitel 5 - Fokus på sundhed – medarbejdernes sundhedsforståelse

I dette kapitel vil vi fokusere på, hvad undersøgelsen viser om medarbejdernes sundhedsforståelse og deres overordnede tanker om sundhed. Dette anser vi for at være relevant, eftersom der er en sammenhæng mellem de professionelles tanker om og forståelse af sundhed og kommunens forebyggende og sundhedsfremmende indsats.

I spørgeskemaet er medarbejderne blevet bedt om at forholde sig til hvilke indikatorer, der efter deres vurdering er de væsentligste i forhold til at vurdere børn og unges sundhed og trivsel. I diagrammet nedenfor fremgår deres besvarelser²⁴.

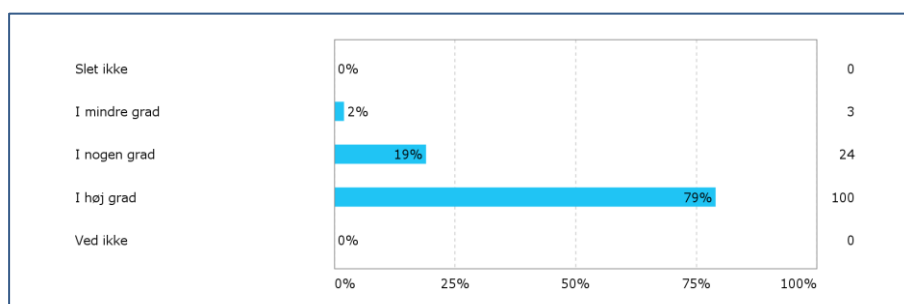


Figur 5.1 - Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel?

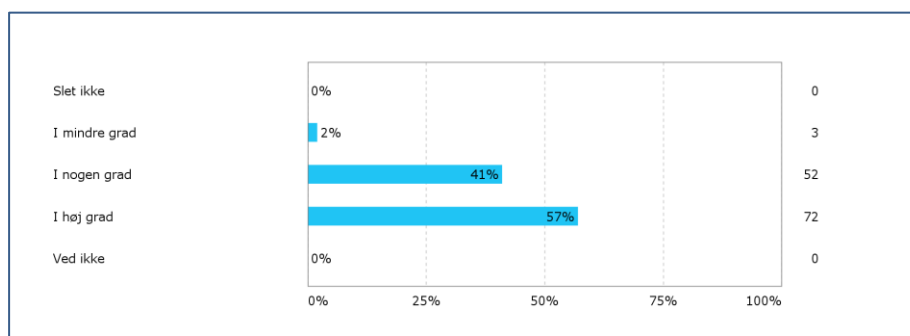
De ovenstående indikatorer på sundhed og trivsel er baseret på Skolebørnsundersøgelsen 2010. Det er ligeledes disse faktorer, som danner baggrund for den tidligere beskrevne brede definition på sundhed (se kapitel 1). Som det fremgår af figuren, er de tre indikatorer på sundhed og trivsel, som medarbejderne vægter højest: "At barnet fungerer godt i relation til familien", "At barnet selv oplever at have et godt liv" og "At barnet fungerer godt i relation til daginstitution eller skole". Kommunens medarbejdere lader således til primært at forbinde sundhed og trivsel med sociale faktorer, eller også forholder det sig således, at de har større fokus på trivsel end på sundhed – forstået som somatisk sundhed.

²⁴ Bemærk at hver medarbejder maksimalt har kunnet sætte tre krydser.

Som beskrevet i kapitel 1 har WHO's brede sundhedsbegreb²⁵ medført en væsentligt mere nuanceret sundhedsforståelse end tidligere, hvor sundhed primært blev forstået som fravær af sygdom. Denne brede definition, der i dag er yderst udbredt og går igen i et stort antal officielle publikationer fra ministerier, styrelser og lignende, fører imidlertid også en række udfordringer med sig. Når sundhed skal forstås som "En tilstand af fuldstændig fysisk, mentalt og socialt velbefindende og ikke blot fraværet af sygdom" (WHO 1986), medfører det samtidig, at sundhed bliver et abstrakt fænomen, det kan være vanskeligt at forholde sig til, arbejde med og ikke mindst evaluere og registrere (Vallgård 2006). At arbejde med sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme er i sig selv en vanskelig opgave, men det er klart, at opgaven ingenlunde lettes, såfremt man er usikker på, hvad det er, der skal forebygges eller fremmes. Denne problemstilling fremgår blandt andet af nedenstående svar fra spørgeskemaundersøgelsen.

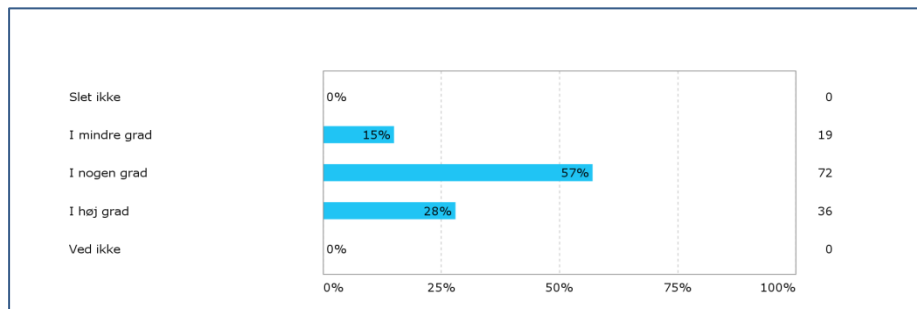


Figur 5.2 - Det er min vurdering, at vi i vores faglige miljø har fokus på socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel.



Figur 5.3 - Det er min vurdering, at vi i vores faglige miljø har tilstrækkelig viden og kompetencer til at opspore og identificere tegn på dårlig trivsel hos socialt udsatte børn og unge.

²⁵ Første gang beskrevet i det såkaldte Ottawa Charter fra 1986.



Figur 5.4 - Det er min vurdering, at vi i vores faglige miljø har tilstrækkelig viden og kompetencer til at arbejde med sundhedsfremmende aktiviteter målrettet socialt udsatte børn og unge.

Som det fremgår af søjlediagrammerne, mener langt hovedparten af medarbejderne, at de i høj grad har fokus på sundhed og trivsel. På samme vis rapporter 58 % af de adspurgte, at deres faglige miljø i høj grad har kompetencer til at opspore tegn på mistrivsel. Flertallet af de kommunalt ansatte medarbejdere mener således, at de har de tilstrækkelige kompetencer til at forholde sig til samt agere på sociale trivselsproblematikker. Noget anderledes forholder det sig, når man udelukkende spørger til det sundhedsfaglige uden at nævne den sociale trivselsdel af sundhedsarbejdet. Således mener 28 %, at de "i høj grad" har den tilstrækkelige viden i forhold til at arbejde med sundhedsfremmende aktiviteter. Langt de fleste mener, at de "i nogen grad" har de nødvendige kompetencer. Svarene på spørgsmålene kunne dermed indikere, at medarbejderne er usikre på, hvad der forventes af dem i forhold til specifikt at arbejde med børnenes sundhed – hvilket delvist bekræftes i de kvalitative interviews, som vi skal se i det følgende.

Medarbejdernes sundhedsforståelse illustreret i de kvalitative interviews

I alle interviewene berøres spørgsmålet om, hvad sundhed er for en størrelse. I den forbindelse er det væsentligt at huske på, at næsten alle deltagerne i den kvalitative undersøgelse er medlem af mindst en tværfaglig gruppe (se kapitel 7), hvorfor det forekommer sandsynligt, at de har en mere nuanceret sundhedsforståelse end flertallet af de kommunalt ansatte medarbejdere ²⁶. De kvalitative besvarelser kan på den baggrund

²⁶ Dette skyldes, at de tværfaglige grupper ifølge lovgivningen spiller en central rolle i forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme. Således kan man af sundslovens § 123 læse, at den tværfaglige gruppe skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab. Ligeledes står i bekendtgørelsens § 15, stk. 1 og 2, at der i de tværfaglige grupper skal indgå en eller flere repræsentanter for den kommunale sundhedstjeneste. Sundhedspersonalets deltagelse sikrer, at

ikke nødvendigvis tages som et generelt udtryk for medarbejdernes sundhedsopfattelse i de to kommuner. Omvendt synes det rimeligt at antage, at tvivlsspørgsmål, problemer og lignende, som rejses af denne gruppe medarbejdere (der jo bør være de fremmeste sundhedsrepræsentanter), kan genfindes blandt de øvrige medarbejdere.

Når medarbejderne indledningsvist bliver bedt om at beskrive deres egen sundhedsforståelse, peger de i langt de fleste tilfælde på en række faktorer, der typisk refererer til, hvad man kunne kalde en somatisk sundhedsopfattelse såsom kost, rygning, overvægt, søvn, motion, personlig hygiejne, lus m.m. Medarbejderne er dog godt klar over, at sundhed er andet og mere end fysisk, somatisk sundhed, og de nævner derfor også en række andre sundhedsmæssige indikatorer, der i højere grad tager udgangspunkt i den brede sundhedsforståelse, f.eks. mobning, mistriivsel, mental sundhed m.m. Medarbejderne er altså i udgangspunktet opmærksomme på, at sundhed er et komplekst fænomen, som både knytter an til fysiske såvel som sociale og relationelle forhold. Imidlertid viser interviewene samtidig, at medarbejderne ikke har et klart billede af, hvad de egentligt skal forstå ved begrebet "sundhed". Således gives der i alle interviews udtryk for, at man på intet tidspunkt i de tværfaglige grupper har diskuteret, hvad man skal forstå ved sundhed, og hvilket teoretisk udgangspunkt, gruppens arbejde skal basere sig på. Grupperne har på den baggrund ikke et klart teoretisk ståsted, hvilket nedenstående citat eksemplificerer.

Interviewer: Har I gjort jer tanker om, hvordan I definerer de to ting? Altså den socialfaglige praksis og den sundhedsfaglige praksis?

Informant: Altså, jeg tænker faktisk, at vi jo har med et helt menneske at gøre og nogle forskellige faktorer omkring dette menneske. Og nogle gange er det det sundhedsfaglige, man arbejder med, og andre gange er det det socialfaglige eller noget andet. Altså i virkeligheden er der bare ét fænomen her, og så er der noget uden om, og så bruger vi egentlig bare det, der er det rigtige at bruge. Det er jo det, vi finder frem. Vi sidder jo ikke og diskuterer, er det egentlig et sundhedsfagligt eller et socialfagligt problem det her.

Citatet, som er ganske repræsentativt for medarbejdernes udsagn, illustrerer vanskeligheden ved at arbejde med det brede sundhedsbegreb, for (hvilket informanten fuldstændig korrekt gør opmærksom på) det hele hænger jo i et vist omfang sammen.

den samlede indsats både inddrager socialfaglig bistand og sundhedsmæssige perspektiver (Sundhedsstyrelsen 2011b:30).

Imidlertid har manglen på klarhed og fælles forståelse flere afledte konsekvenser, som har betydning for gruppernes arbejde, og som øjensynligt kan genfindes i mange kommunalt ansatte medarbejderes tilgang til sundhedsarbejdet²⁷.

Sundhedsfagligt arbejde baserer sig på erfaringer fremfor teori

For det første medfører denne usikkerhed og manglende teoretiske afklaring, at store dele af de tværfaglige gruppers arbejde fortrinsvis tager udgangspunkt i medarbejderens eksisterende erfaringer og forståelser. Dette har tilsyneladende den konsekvens, at socialfaglige overvejelser fylder væsentligt mere end det sundhedsfaglige, hvilket kommer til udtryk, når man beder medarbejderne om at beskrive deres indsatser. Billedet harmonerer også fint med figur 5.1, der jo viser, at de kommunale medarbejdere primært forbinder sundhed og trivsel med sociale forhold. Manglende begrebsafklaring og teoretisk fundering kan altså virke som en implicit selektionsmekanisme, der selekterer mod bestemte indsatser, hvilket i sidste ende risikerer at medføre, at man gør mere af det, man plejer at gøre.

Sundhedsplejersken bliver den primære repræsentant for sundhedsperspektivet

Endvidere ser det ud til, at den manglende klarhed over det sundhedsfaglige område medfører, at sundhedsarbejdet og de sundhedsfaglige problemstillinger ofte opfattes som noget, der primært hidrører medarbejdere med en sundhedsfaglig uddannelse. Således refererer medarbejderne i interviewene ofte til sundhedsplejerskerne som den vigtigste aktør i sundhedsarbejdet og garanten for, at de tværfaglige grupper også har et sundhedsfokus.

Jeg har ikke som sådan haft fingre i det med sundheden. Når jeg beskæftiger mig med området sundhed, så er det ud fra en helhedsbetragtning... Når vi sidder i de der tværfaglige grupper, så er det primært sundhedsplejersken, som byder ind, har jeg oplevet: 'Nå så laver jeg lige en høretest eller snakker lige med dem om vægt og sådan noget'. Det er der, jeg ser det [sundhedsarbejdet]. Og ellers er jeg ikke som sådan inde og have fingrene i den substans.

Interviewer: Har I drøftet i grupperne, hvordan I sikrer, at både det socialfaglige og det sundhedsmæssige perspektiv finder vej ind i gruppens arbejde?

²⁷ Dette baserer vi på den antagelse, at siden deltagerne i de tværfaglige grupper, nedsat under sundhedsloven, ikke har diskuteret, hvad man skal forstå ved sundhed og sundhedsfremme, gør samme forhold sig øjensynligt gældende for den øvrige medarbejdergruppe.

Informant: Nej, jeg synes ikke specifikt, vi har talt om, hvorvidt det er det ene eller andet. Altså, jeg tænker lidt, at sundhedsplejersken sidder som fast kernepersonale på de der tværfaglige møder, og hun har jo den vinkel på, når vi sidder på det her tværfaglige møde, så jeg synes automatisk, at de forskellige vinkler kommer, fordi folk sidder der.

Interviewer: Så det bliver meget sundhedsplejerskens opgave at bringe sundhedsperspektivet ind i gruppens arbejde?

Informant: Ja, det er ofte hende, der tænker den vej ind. Ja, det synes jeg.

Som det fremgår af ovenstående citater, er det i høj grad op til sundhedsplejersken at agere den sundhedsfaglige stemme i det kommunale arbejde med børn og unge. Dette kan hænge sammen med selve titlen "sundhedsplejerske", der tydeligt fortæller, at man har med en sundhedsprofessionel at gøre. Som tidligere nævnt er en af intentionerne med de tværfaglige grupper ligeledes, at det sundhedsfremmende arbejde skal have en plads i det kommunale arbejde, hvilket blandt andet sikres gennem deltagelse af sundhedsfagligt personale i grupperne. Dog skal man være opmærksom på, at det kan have op til flere u hensigtsmæssige konsekvenser, når sundhedsperspektivet på denne vis "parkeres" hos sundhedsplejersken. For det første kan sundhedsplejerskens tilstedeværelse medføre, at de øvrige medarbejdere "glemmer" de sundhedsfaglige perspektiver – "Det har vi jo sundhedsplejersken til". Dette kan endvidere betyde, at sundhedsfaglige interventioner og initiativer i langt de fleste tilfælde vil skulle komme fra sundhedsplejersken. Dette er u hensigtsmæssigt. Dels fordi styrken ved de tværfaglige gruppe netop skulle være tværfagligheden – som skulle medføre, at både sundhedsproblematikker og sociale problematikker kan belyses og behandles med udgangspunkt i forskellige teoretiske og videnskabelige perspektiver. Samtidig risikerer det at betyde, at det sundhedsfaglige arbejde ikke integreres i kommunens institutioner, eftersom sundhedsplejersken kun har begrænset adgang til det daglige arbejde i skoler, daginstitutioner, SFO'er osv.²⁸

Opsummering

I dette kapitel har vi diskuteret de kommunalt ansattes sundhedsforståelse. Selvom emnet sundhed er blevet et stadigt mere udbredt arbejdsområde for mange kommunalt ansatte, betyder dette ikke nødvendigvis, at de ansattes viden og dermed kompetencer til at intervenere er på et tilstrækkeligt højt niveau i deres egne øjne. Mange medarbejdere er uddannet i en tid, hvor sundhed fyldte mindre i billedet. Derfor kan en del medarbejdere være usikre på, hvordan man bedst arbejder med dette felt. Vores undersøgelse illustrerer, at medarbejderne arbejder ud fra et svagt funderet sundhedsbegreb, som primært tager

²⁸ Dette referer også til spørgsmålet om tværfaglighed eller flerfaglighed som diskuteres i kapitel 7.

udgangspunkt i sociale trivselsproblematikker. Endvidere er en større del af medarbejdergruppen usikre på, hvorledes man helt konkret skal arbejde med sundhedsfremmende aktiviteter. Disse forhold resulterer i, at sundhedsperspektivet og sundhedsarbejdet i et vist omfang "parkeres" hos sundhedsplejersken med flere uhensigtsmæssige konsekvenser til følge. Af dette følger, at der muligvis kunne være behov for kompetenceudvikling indenfor sundhedsområdet blandt kommunernes medarbejdere således, at medarbejderne i højere grad kunne basere deres arbejde på et alment anerkendt og robust sundhedsbegreb.

Kapitel 6 - Almen praksis og dens deltagelse i arbejdet med udsatte børn og unge

I dette afsnit ser vi på den del af undersøgelsen, der er målrettet almen praksis. Herunder retter vi fokus på samarbejdet mellem den kommunale sundhedstjeneste og almen praksis.

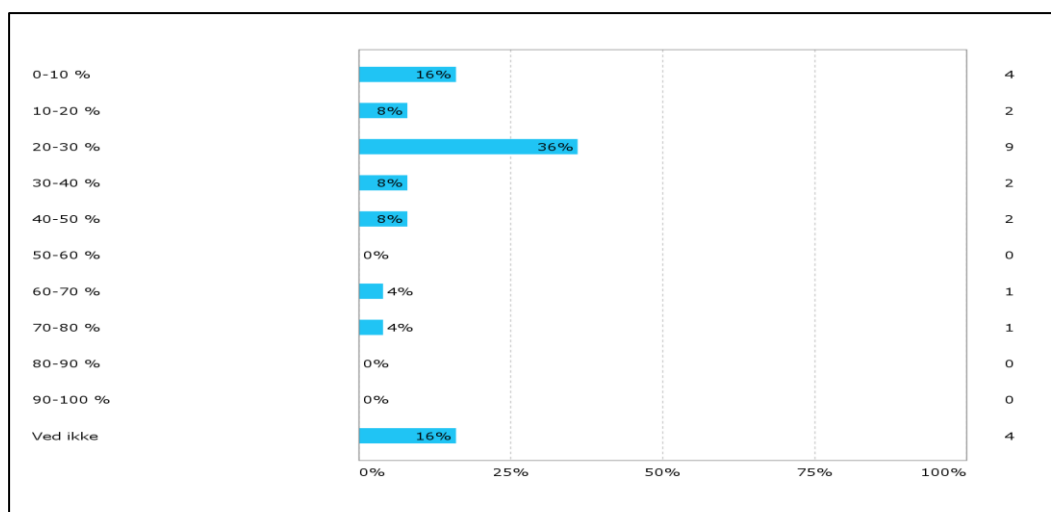
Lægens fokus på gruppen af socialt udsatte børn og unge

Af Sundhedsstyrelsens Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge kan man blandt læse:

- at samarbejdet mellem den kommunale sundhedstjeneste og almen praksis [bør] styrkes, især når det gælder udsatte og sårbare børn og familier med særlige behov (Sundhedsstyrelsen 2011: 13).
- at almen praksis rutinemæssigt bør inddrages i alle sager, der vedrører børn og familier med særlige behov, herunder også børn og unge med handicap og børn med kronisk sygdom, der ellers følges og behandles af speciallæger. Almen praksis' kendskab til hele familien er en væsentlig ressource, når forebyggende indsatser af såvel sundhedsfaglig som socialfaglig karakter skal planlægges i samarbejde med familien (ibid.: 34).

Ovenstående er udvalgte eksempler fra en lang række citater i vejledningen, hvor Sundhedsstyrelsen med al tydelighed pointerer den centrale rolle, som almen praksis bør spille – særligt i arbejdet med socialt udsatte børn og unge. En udfordring i denne sammenhæng ligger imidlertid (som diskuteret i kapitel 1) i sproget – for hvad ligger der i betegnelsen ”socialt udsatte”?

I undersøgelsen har vi (på samme vis som i undersøgelsen målrettet de kommunalt ansatte medarbejdere) bedt lægerne om at vurdere, hvor stor en procentdel af de 0-18 årige børn og unge i kommunen, der kan karakteriseres som en social og/eller sundhedsmæssig risikogruppe (figur 6.1).



Figur 6.1 - Hvor stor en procentdel af de 0-18 årige børn og unge i kommunen kan efter din vurdering karakteriseres som en social og/eller sundhedsmæssig risikogruppe?

Som det fremgår af ovenstående tabel, er der stor variation i svarene. Flertallet svarer 20-30 %, hvilket er i overensstemmelse med de fleste vurderinger nationalt (Schultz Jørgensen 2002, Ottosen et al. 2010) såvel som lokalt (se kapitel 1). Alligevel er der forholdsvis stor variation i respondenternes vurderinger. Dette kan selvfølgelig til en vis grad skyldes geografiske forskelle. Nogle praksisser kan være placerede i mere socialt belastede områder end andre, og man kan måske forstille sig, at lægerne afgiver deres svar ud fra befolkningssammensætningen i deres lokalområde (frem for hele kommunen), men besvarelsen kunne tillige indikere, at der er en vis grad af usikkerhed blandt de praktiserende læger i forhold til at vurdere hvilke børn, der falder ind under gruppen af såkaldte "risikobørn".

At de praktiserende læger muligvis ikke er helt sikre på hvilke børn, der falder indenfor og udenfor betegnelsen "socialt udsatte" eller "risiko børn", illustreres af de efterfølgende spørgsmål i spørgeskemaet (bilag 3), som spørger ind til lægernes arbejde med denne gruppe. Således fremgår det af nedenstående tre diagrammer, at de praktiserende læger i høj grad mener, at de har fokus på sundhed og trivsel blandt udsatte børn og unge. Således svarer 19 ud af 26 "i høj grad" på spørgsmålet om, hvorvidt de som praktiserende læge bør have fokus på såvel sundhed som trivsel hos socialt udsatte børn og unge. Imidlertid er variationen lidt større, når der spørges, om den enkelte læge har tilstrækkelig viden og kompetencer til at opspore og identificere tegn på dårlig trivsel hos socialt udsatte børn og unge. På dette spørgsmål svarer 7 "i høj grad", 13 "i nogen grad", 4 "i mindre grad" og 1 "ved ikke". Nogenlunde samme fordeling genfindes, når man spørger om, hvorvidt lægerne vurderer, at de har tilstrækkelig viden om udsatte børns sociale og/eller psykosociale problemer? Her svarer 6 "i høj grad", 17 "i nogen grad", 1 "i mindre grad" og 1 "ved ikke".

Mens lægerne er eksperter på de somatiske, sundhedsmæssige forhold og problemstillinger, der knytter sig til målgruppen, giver de, som ovenstående indikerer, udtryk for en større usikkerhed om de sociale og psykiske faktorerets betydning samt hvilke faktorer, man skal agere på, og hvordan denne ageren skal komme til udtryk. Dette er ikke overraskende, eftersom vi med disse spørgsmål bevæger os ind i grænsfeltet mellem de opgaver, som almen praksis skal varetage og de opgaver, der hører til den kommunale sundhedstjeneste. Derfor peger lægernes svar på disse spørgsmål også på vigtigheden af et tæt samarbejde mellem almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste, eftersom lægerne kun i et vist omfang besidder de nødvendige kompetencer til at identificere og agere på de sociale og psykosociale faresignaler, der ofte er fremtrædende hos gruppen af socialt udsatte børn og unge. Vi skal senere i dette kapitel vende tilbage til denne samarbejdsrelation.

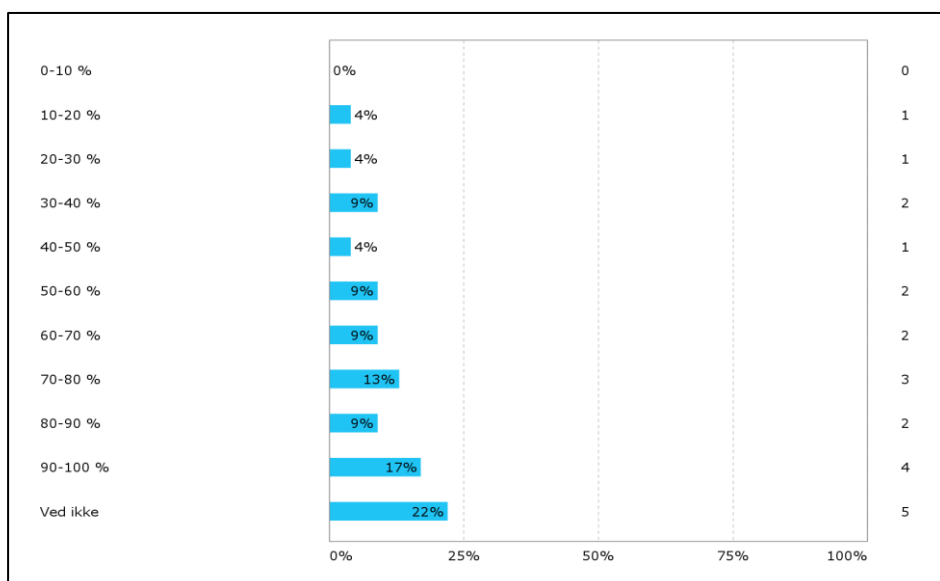
Børneundersøgelser

De forebyggende børneundersøgelser hos egen læge er en del af de forebyggende sundhedsydelse, som alle børn og unge i Danmark tilbydes. I vejledningen om forebyggende sundhedsydelse kan man blandt andet læse følgende:

Almen praksis er en central samarbejdspartner for sundhedstjenesten, der med baggrund i de forebyggende helbredsundersøgelser og kontakten med forældrene naturligt er involveret i barnets og familiens sundhed og helbred. Samarbejdet mellem almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste er især væsentligt, når det gælder sårbare og udsatte børn og familier med problemstillinger af helbredsmæssig og/eller social karakter (Sundhedsstyrelsen 2007: 33).

En undersøgelse, foretaget af Statens Institut for Folkesundhed fra 2007, viser, at der er betydelig social ulighed i brugen af børneundersøgelserne. Således tager børn af bl.a. enlige forældre og forældre med lav uddannelse og lav husstandsindkomst sjældnere imod tilbuddet om de forebyggende undersøgelser end andre børn (Sundhedsstyrelsen 2007). Dette er uheldigt, eftersom samme undersøgelse dokumenterer, at børneundersøgelser er en uhyre effektiv somatisk screening, der medfører flere fund end de fleste andre forebyggende screeninger. Således viste undersøgelsen, at der ved én ud af tre undersøgelser blev gjort nye fund og ved hver syvende børneundersøgelse, blev der gjort et nyt fund, der af lægen blev karakteriseret som væsentligt (ibid.). Børneundersøgelsen er dog ikke udelukkende væsentlig i forhold til at afdække somatiske problemer hos barnet. Således blev børneundersøgelsen i 6 % af tilfældene indgangen til afdækning af helt andre problemer i familien, som eksempelvis sygdom hos forældre eller søskende, overvægt hos forældrene eller mere familiodynamiske problematikker. Derfor er det et alvorligt problem, at forældre til gruppen af socialt udsatte børn, som er den gruppe, der oftest dør med alvorlige somatiske og psykosociale problematikker (Ramussen og Due 2010, Reiss 2013), i mindre omfang anvender børneundersøgelserne end den øvrige del af forældre til den samlede børnegruppe.

Spørgeskemaundersøgelsen bekræfter det billede, som undersøgelsen fra Statens Institut for Folkesundhed tegner. Således oplever lægerne, at socialt udsatte børn og unge deltager i de forebyggende børneundersøgelser i væsentligt mindre omfang, end hvad der er tilfældet for den samlede børnegruppe i deres lokalområde. Ifølge lægernes vurdering af fremmødet blandt denne specifikke gruppe er denne særdeles varierende. I nedenstående figur vises, hvor stor en del af gruppen af socialt udsatte børn og unge, som efter lægernes vurdering møder op til alle 7 forebyggende helbredsundersøgelser.



Figur 6.2 - Hvor stor en procentdel af de socialt udsatte børn, der hører under din patientkreds, møder efter din vurdering op til alle 7 konsultationer?

Som det fremgår af figuren, er der stor forskel på lægernes oplevelse af fremmødet til børneundersøgelserne, og ganske sigende svarer den procentuelt største gruppe "ved ikke". Dette kan der være en række grunde til. Dels er der som nævnt ovenfor en vis usikkerhed med hensyn til, hvem der rent faktisk kan karakteriseres som socialt udsatte, og der kan være forskelle i geografiske og demografiske forhold. Imidlertid kunne svarerne også indikere, at lægerne i mindre omfang registrerer udeblivelser. Det er således op til forældrene selv at være opmærksomme på og gøre brug af dette tilbud. Dette kunne også have sammenhæng med det forhold, at læger tenderer til at undervurdere effekten af særligt de børneundersøgelser, der ikke indeholder vaccinationer (Sundhedsstyrelsen 2007). Imod denne hypotese taler imidlertid det forhold, at langt de fleste af de adspurgte læger reagerer ved udeblivelse fra en børneundersøgelse. Således er der kun 4 ud af de 23 responderende læger, som ikke enten foretager en opringning, sender en skriftlig påmindelse eller på anden vis søger at få forældrene til at møde op til undersøgelsen. Dette er yderst markant, set i forhold til den seneste landsdækkende undersøgelse, der fandt, at kun 14 % af lægerne indkalder børn til børneundersøgelse, samt at den praktiserende læge kun sjældent tager kontakt til forældre, der ikke tager imod tilbuddet om børneundersøgelse. Dette til trods for, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer lægger op til, at den praktiserende læge bør tage kontakt til forældre, der ikke tager imod tilbuddet om børneundersøgelse (Sundhedsstyrelsen 1995). Lægernes praksis i de to kommuner må på den baggrund siges at adskille sig markant fra landsnormen. Dette må betegnes som yderst positivt, eftersom international såvel som dansk forskning har påvist, at deltagerprocenten i børneundersøgelserne kan øges betragteligt via forskellige initiativer såsom udsendelse af påmindelsesbreve m.m. (Williams & Miller 1992, Flachs & Melgaard 1999).

På trods af denne indsats for at øge fremmødet er der altså alligevel ifølge lægerne en klar social forskel i forældrenes brug af børneundersøgelserne, hvilket får en læge til at pege på, at det sandsynligvis kræver et øget samarbejde mellem kommune og almen praksis, såfremt denne forskel skal udlignes. I hvert fald har vedkommende erfaringer med at bruge kommunen som pressionsmiddel i forbindelse med at sikre større fremmøde:

*Det kræver ofte flere kontakter at få børnene ind [til børneundersøgelserne].
Nogle gange lykkes det kun, hvis jeg indberetter til kommunen*

Netop samarbejdet mellem almen praksis og kommunen er emnet for næste afsnit.

Samarbejde mellem almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste

Som tidligere nævnt betoner Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge gentagne gange vigtigheden af et velfungerende samarbejde mellem den kommunale sundhedstjeneste og almen praksis:

Sundhedsaftalen skal sikre en klar ansvarsfordeling, koordination og sammenhæng mellem indsatserne på tværs af sygehus, almen praksis og kommune. Det er nødvendigt, at der etableres et effektivt samarbejde mellem den kommunale sundhedstjeneste og de praktiserende læger (Sundhedstjenesten 2011: 11).

Systematisk og koordineret samarbejde og dialog mellem den kommunale sundhedstjeneste, almen praksis og andre relevante fagpersoner bidrager til, at udsatte og sårbare børn identificeres tidligt, og at rettidige indsatser iværksættes (ibid.: 29).

Almen praksis er en central samarbejdspartner for sundhedstjenesten, der med baggrund i de forebyggende helbredsundersøgelser og kontakten med forældrene naturligt er involveret i barnets og familiens sundhed og helbred. Samarbejdet mellem almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste er især væsentligt, når det gælder sårbare og udsatte børn og familier med problemstillinger af helbredsmæssig og/eller social karakter (ibid.: 33).

Af samme grund er der både i den kvalitative undersøgelse målrettet de kommunale medarbejdere samt i spørgeskemaundersøgelsen målrettet de almenpraktiserende læger spurgt ind til deres oplevelse af dette samarbejde.

I forhold til de almenpraktiserende læger er der særligt spurgt ind til tre forskellige områder, alle omhandlende samarbejdet med kommunen: Lægernes kendskab til kommunernes politikker og handleredskaber målrettet udsatte børn, lægernes engagement i de

tværfaglige grupper (se kapitel 7) samt lægernes oplevelse af samarbejdet med den kommunale myndighedsafdeling.

Kendskab til offentlige politikker

Lægerne rapporterer, at de har et vist kendskab til kommunens overordnede politikker, mens deres kendskab til de mere specifikke handleredskaber såsom GUSA og Handleguiden er noget mere begrænset. Nogle læger giver udtryk for et vist kendskab til disse redskaber, mens en del fortæller, at de slet ikke kender dem. Dette er måske heller ikke så overraskende, eftersom almen praksis stort set ikke er nævnt i de officielle beskrivelser af disse redskaber²⁹ og dermed øjensynligt ikke er tænkt ind i denne sammenhæng. Dette kunne også være en af grundene til, at lægerne ikke oplever, at politikker og redskaber har den store betydning for deres arbejde – det bliver tilsyneladende opfattet som interne kommunale papirer.

Samarbejde med de tværfaglige grupper

En anden måde anskue lægernes involvering i det kommunale sundhedsfremmende arbejde er ved at se på deres engagement i de tværfaglige grupper. I Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge fremgår det, at almen praksis bør være en vigtig samarbejdspartner i såvel det løbende arbejde som i ad hoc tilfælde. Imidlertid fortæller lægerne, at de kun i yderst sjældne tilfælde har været i kontakt med grupperne. Nogle fortæller, at de har et vist samarbejde med de tværfaglige grupper, men det fremgår ikke, hvad der menes med dette. Dog kan man forestille sig, at de her refererer til samarbejde med sundhedsplejen, eftersom enkelte sundhedsplejersker i den kvalitative interviewundersøgelse fortæller, at de har et vist – om end sparsomt – samarbejde med almen praksis. Flere læger fortæller, at de har kendskab til gruppernes eksistens, men at de aldrig har haft kontakt med dem. Imidlertid tilkendegiver flere læger, at de er interesserede i en øget kontakt med de tværfaglige grupper, men at initiativet til en sådan øget kontakt må komme fra det kommunale system.

*Jeg ved grupperne findes. Mindes ikke at være bedt om at samarbejde.
Ej heller (så vidt jeg husker) indbudt til deltagelse i møde i tværfaglig gruppe.
Kommer, hvis jeg bliver indbudt.*

At samarbejdet mellem almen praksis og de tværfaglige grupper er yderst sparsomt, bekræftes i den kvalitative interviewundersøgelse, hvor deltagerne i de tværfaglige grupper

²⁹ Almen praksis nævnes ikke i GUSA, mens almen praksis kun er nævnt i Handleguidens kapitel omhandlende mistanke om seksuelle overgreb.

enstemmigt fortæller, at samarbejdet er meget svagt – ja faktisk er der ifølge de kommunale medarbejdere praktisk taget ingen kontakt, hvilket illustreres i nedenstående citat.

Interviewer: Hvad med almen praksis? Almen praksis er jo speciel på den måde, at lægen følger et barn, fra det er 0, til det er 18 år. På den måde har almen praksis nogle forudsætninger, som hverken daginstitutionen eller skolen har.

Informant 1: Altså i min karriere som familiekonsulent, har jeg haft omkring 550 familier, som jeg har været i berøring med. Jeg har aldrig haft et møde med en praktiserende læge.

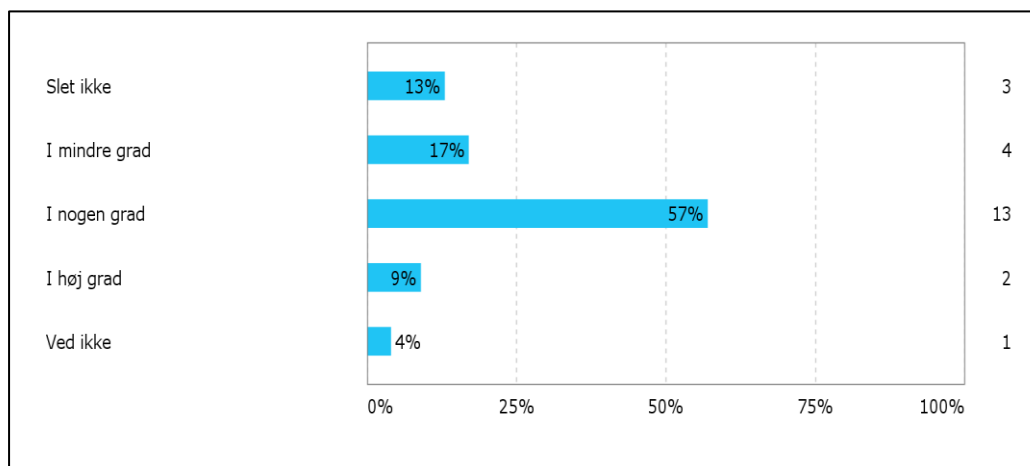
Informant 2: Nej, de holder sig for sig selv.

Interviewcitatet er interessant. For det første henviser medarbejdernes udsagn til det forhold, at langt størstedelen af medlemmerne af den tværfaglige gruppe udtaler, at samarbejdet med de praktiserende læger er meget sparsomt, og kommunikationen er vanskelig. Ifølge de interviewede fører dette i nogle tilfælde til, at familier sendes frem og tilbage mellem de tværfaglige grupper, almen praksis og kommunens behandlingstilbud såsom PPR og PPC. Endvidere giver citatet et indblik i en anden tendens omhandlende medarbejdernes opfattelse af relationen mellem almen praksis og det kommunale system – nemlig at den mindre gode samarbejdsrelation i høj grad kan tilskrives lægens valg. I mange af interviewene fremgår det ganske tydeligt, at medarbejderne oplever, at lægerne fravælger samarbejdet, fordi de ikke finder det vigtigt. Nogle fortolker det som ligegyldighed, mens andre oplever det som et udtryk for snobberi. Dog er der som tidligere nævnt én kommunal faggruppe, der har en anden oplevelse – nemlig sundhedsplejerskerne. Sundhedsplejerskerne fortæller konsekvent om et noget bedre (om end ikke ideelt) samarbejde med almen praksis. Denne oplevelse kunne skyldes, at samarbejdsrelationerne indenfor det medicinske system har en længere tradition bag sig. Endvidere deler man en fælles faglighed og et fælles sprog, der kan gøre det lettere at tage kontakt enten per telefon eller mail. Imidlertid tydeliggør den kvalitative undersøgelse, at sundhedsplejerskerne ikke formår at bære denne oplevelse med ind i de tværfaglige grupper. Der synes imidlertid at være basis for, at sundhedsplejen i højere grad kan fungere som brobygger og kontaktfrembygger mellem almen praksis og de tværfaglige grupper.

Et forbedret og udvidet samarbejde kræver imidlertid også, at de tværfaglige grupper overvejer, hvorledes de kan gøre brug af lægens kompetencer i forbindelse med deres arbejde. Undersøgelsen viser nemlig, at de færreste grupper har overvejet at inddrage lægen i det tværfaglige arbejde. Flere stiller sågar spørgsmål ved det formålstjenelige i dette, eftersom der allerede findes en sundhedsfaglig person i den tværfaglige gruppe – sundhedsplejersken.

Samarbejde mellem praktiserende læger og myndighedsafdelingerne

En væsentlig del af samarbejdet mellem almen praksis og myndighedsafdelingen centrerer sig om bekymringsager, hvor lægen i sin praksis møder et barn, der mistrives somatisk og/ellers psykosocialt, og hvor der indgives underretning til det kommunale system. Imidlertid er lægernes oplevelse i denne sammenhæng ikke særligt positive, hvilket illustreres af nedenstående figur.



Figur 6.3 - Er der et tilfredsstillende samarbejde mellem dig og kommunens myndighedsafdeling i forbindelse med underretninger?

Kun 2 ud af 23 fortæller, at samarbejdet "i høj grad" er tilfredsstillende, mens 7 svarer "i mindre grad" eller "slet ikke". Et af de områder, som lægerne især er utilfredse med, er kommunikationen mellem lægen og myndighedsafdelingen, hvor de giver udtryk for, at de sjældent får en bekræftelse på, at underretningen er modtaget og sjældent bliver informeret om hvilke tiltag, deres underretning fører med sig. Derfor sidder flere tilbage med en oplevelse af, at det ikke gør en forskel, om de laver underretningen eller ej. Dette kan potentielt risikere at afholde lægen fra at lave underretningen ud fra devisen: "hvis det alligevel ingen forskel gør, hvorfor så risikere at sætte kontakten med familien på spil ved at agere kommunens forlængede arm?"³⁰. Nedenstående citater eksemplificerer lægernes oplevelse:

Vi indbydes ikke omkring problembørn, og hvis vi melder til kommunen, er der aldrig tilbagemelding. Hverken om indberetningen er modtaget, eller hvilke tiltag, der er gjort i den forbindelse.

Jeg får intet opfølgende svar, status eller lignende.

Det er ganske interessant, at det er nogenlunde den samme oplevelse – bare med modsat fortegn - som myndighedsafdelingen giver udtryk for:

³⁰ Denne sidste pointe er dog ikke en som lægerne selv eksplicit giver udtryk for i datamaterialet.

Vi kan jo godt komme i kontakt med dem, men at få svar fra praktiserende læger, der kan man sige, at de er sværere.

Jeg er da enig i den oplevelse, som andre også har af samarbejdet med psykiatrien, hospitaler og de praktiserende læger. Fordi når jeg ser på, hvad det er for nogle underretninger, vi får ind, så er det yderst sjældent, at vi får fra læge eller fra jordemoder, og det undrer mig... Vi har en alvorlig udfordring i forhold til at få et samarbejde op at stå.

Flere læger samt myndighedsafdelingen i Lolland Kommune fortæller, at der er et årligt møde på kommunens initiativ, hvor forskellige faglige emner (eksempelvis PPR eller den gode indberetning) drøftes, men interview og spørgeskemaundersøgelsen indikerer, at de nuværende initiativer ikke i tilstrækkeligt omfang har båret frugt. Imidlertid kan man konstatere, at begge parter rent faktisk ønsker et bedre samarbejde, men ingen har konkrete bud på, hvordan et sådan kan etableres.

Opsummering

Kapitlet har beskæftiget sig med almen praksis – herunder alment praktiserende lægers arbejde med socialt udsatte børn samt deres samarbejde med kommunen (tværfaglige grupper og myndighedsafdelingen). Kapitlet har vist, at der er en vis variation lægerne imellem i forhold til deres vurdering af graden af social belastning blandt kommunens børn og unge, hvilket både kan skyldes geografiske forskelle, men eventuelt også kan tilskrives usikkerhed om, hvorledes denne gruppe defineres. Endvidere bekræfter undersøgelsen tidligere undersøgelser, der dokumenterer, at socialt udsatte børn har et svagere fremmøde ved de forebyggende børneundersøgelser. Lægerne tager en del initiativer for at hæve fremmødet, men disse initiativer eliminerer ikke den sociale ulighed i brugen af almen praksis i forebyggelsesøjemed.

Endvidere peger undersøgelsen på, at der i øjeblikket er et meget svagt samarbejde mellem almen praksis og det kommunale system. Modsat krav og hensigtserklæringer i sundhedsloven peger undersøgelsen på, at kommune og almenpraksis fungerer som to separate systemer, hvilket gælder for såvel de tværfaglige grupper som kommunernes myndighedsafdeling. Dette forekommer uhensigtsmæssigt, eftersom en stabil kommunikation mellem almen praksis og myndighedsafdelingen kan være endog særdeles vigtigt i forbindelse med tidlig opsporing, måske særligt i forbindelse med sårbare gravide (se kapitel 9). Imidlertid har såvel læger som kommunalt ansatte medarbejdere i undersøgelsen et ønske om at forbedre kommunikationen mellem systemerne. Udfordringen bliver derfor at finde frem til måder, hvorpå dette kan realiseres indenfor de eksisterende rammer.

Kapitel 7 - De tværfaglige grupper

Dette kapitel vil beskæftige sig med de tværfaglige grupper. Det tværfaglige samarbejde vægtes højt i den eksisterende Sundhedslov, ligesom Sundhedsstyrelsens Vejledning til forebyggende sundhedsydelse til børn og unge pointerer, at de tværfaglige grupper har en yderst central position i det kommunale sundhedsarbejde. Af disse grunde har vi haft et særligt fokus på de tværfaglige grupper i forskningsprojektet. Således har omtrent halvdelen af undersøgelsens kvalitative interview haft de tværfaglige grupper som omdrejningspunkt. Af samme grund baserer kapitlet sig primært på den kvalitative interviewundersøgelse.

Organisering

I den ovenfor omtalte vejledning kan man læse, at kommunerne skal efterleve Sundhedslovens bekendtgørelse nr. 913 af 13/07/2010. Denne angiver, at formålet med de forebyggende sundhedsydelse til børn og unge er at bidrage til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse. Blandt andet skal oprettes tværfaglige grupper, der skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes. Gruppen skal blandt andet sikre dette ved i tilstrækkeligt omfang at formidle kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab i forhold til børn og unge med særlige behov. Det er op til den enkelte kommune at vurdere, hvorledes man inden for de eksisterende rammer bedst organiserer de tværfaglige grupper således, at de mest effektivt kan imødegå de lokale udfordringer og problemstillinger.

Sundhedsstyrelsen giver i deres vejledning forskellige forslag til en sådan organisering:

1. En gruppe, der vedrører de 0-6-årige børn samt en eller flere grupper, der vedrører børn og unge i alderen 6-18 år.
2. En gruppe, der vedrører alle børn og unge i alderen 0-18 år.
3. Andre modeller, som fx tager udgangspunkt i lokalområder eller skoledistrikter. (Sundhedsstyrelsen 2011b:30).

De to kommuner, der medvirker i denne undersøgelse, har organiseret de tværfaglige grupper på forskellig vis.

Lolland Kommunes tværfaglige grupper er organiseret i 11 distriktsteams, typisk af 5-8 medlemmer, som har fokus på alle børn og unge i de enkelte distrikter. De mødes på skolerne ca. en gang om måneden. Møderne er typisk af 2-3 timers varighed. Afdelingsskolelederen indkalder til møder, udarbejder prioriterede dagsordener, agerer ordstyrer og sikrer, at der laves referat af mødet. Derudover afholder Lolland Kommune et til to årlige fællesmøder, hvor alle 11 tværfaglige grupper mødes og evaluerer på de af ledelsen udstukne indsatsområder og måden, hvorpå grupperne søger at realisere disse indsatsområder i den lokale kontekst.

Guldborgsund Kommunes tværfaglige grupper er organiseret i hhv. dagtilbudsområdet og skoleområdet³¹: Gruppens medlemmer mødes typisk hver 4.-8. uge i 2-3 timer. I udgangspunktet er det dagtilbudsleder eller skoleleder, der indkalder til møder, udarbejder prioriterede dagsordener, agerer ordstyrer og sikrer, at der laves referat af mødet. Kommunen har tidligere afholdt såkaldte stop-op-møder en til to gange årligt, hvor de tværfaglige grupper mødtes med børne- og ungechefen og fik faglige input og fælles information. Disse fælles stop-op-møder afholdes dog (ifølge interviewdeltagerne) ikke længere.

For begge kommuner gælder, at der er en vis variation fra gruppe til gruppe i forhold til hvordan, de tværfaglige grupper prioriteres i det daglige. Nogle medlemmer beretter, at møderne i lange perioder aflyses, hvis ikke der er nogen akutte sager. Andre fortæller, at møderne prioriteres højt og sjældent aflyses. Nogle fortæller, at møderne afholdes, men at enkelte faggrupper (ofte socialrådgiverne) ofte er fraværende.

Medlemmer

De tværfaglige grupper består i udgangspunktet af en række faste medlemmer, som deltager i alle møder. Grupperne kan være sammensat på lidt forskellig vis alt efter den lokale kontekst og gruppens område. Dog har de fleste grupper deltagelse af skoleleder og/eller daginstitutionsleder, PPR-repræsentant (typisk en psykolog), socialrådgiver og sundhedsplejerske. Udover gruppens faste medlemmer, indkaldes i begge kommuner øvrige personer efter behov. Det drejer sig typisk om lærere, sagsbehandlere og stuepædagoger m.m.

Fokusområder for gruppernes arbejde – sagsbehandling eller almen forebyggelse?

Ligesom kommunerne, indenfor de af Sundhedsstyrelsen fastsatte rammer, har mulighed for at organisere de tværfaglige grupper, så det passer til lokale forhold, har kommunerne også mulighed for at lægge fokus på bestemte faktorer. Sundhedsstyrelsen skriver herom:

Den tværfaglige gruppe kan have forskellige funktioner, ligesom den kan have betydning både i enkeltsager og i mere generelle forebyggelsessager. Gruppen kan være sagsbehandler og tage vare på alle typer af sager med børn og unge med særlige problemer bortset fra afgørelser, der indebærer tvang. Gruppen kan også være en rådgivnings- eller sparringsgruppe, hvor anonymiserede sager kan tages op, eller hvor enkeltsager drøftes med forældrenes tilladelse. Det anbefales, at gruppen desuden har til opgave at identificere, hvor der er generelle

³¹ Dog er der en enkelt gruppe, hvor man har valgt samme model som Lolland med en gruppe for børn og unge i alderen 0-18 år.

behov for at ændre/tilpasse kommunens tilbud til børn og unge med særlige behov, herunder holde sig opdateret med nye arbejdsmetoder inden for feltet (Sundhedsstyrelsen 2011: 30-31).

Sundhedsstyrelsen lægger således op til, at de tværfaglige grupper kan have en bred portefølje af sundhedsfremmende, forebyggende opgaver men også egentligt sagsbehandlende funktion. Hvordan der prioriteres mellem enkeltsager og mere generelt forebyggende arbejde, er dog op til kommunerne og de tværfaglige grupper selv at afgøre.

Enkeltsager – CPR-nummer arbejde

De fleste medarbejdere fortæller, at de i deres tværfaglige gruppe både fokuserer på enkeltsager og på mere generel forebyggelse hos en større eller mindre gruppe børn og unge. Det er dog forskelligt, hvordan henholdsvis enkeltsager og mere generelle forebyggelsestiltag prioriteres i de to kommuner.

I flere af Guldborgsund Kommunes tværfaglige grupper fortæller medarbejderne, at der er en tendens til at prioritere enkeltsager først og herefter arbejde med generelle forebyggende tiltag. Sager, hvor CPR-numre drøftes, har altid forrang fremfor generelle forebyggende tiltag, da disse ofte er hastesager. De fleste medarbejdere vurderer, at den generelle forebyggelse kan tages op, når enkeltsagerne er færdigdrøftede, men det er tydeligt, at grupperne primært opfatter deres funktion med udgangspunkt i det enkelte barn:

*Når det brænder, og der er mange CPR-numre, så fylder det, det er klart.
Når der har været mere plads, så har vi prøvet at kigge på den generelle sundhed.*

Enkeltsagerne – de såkaldte CPR-sager – har typisk et forløb, hvor en lærer eller en pædagog henvender sig med en problemstilling omkring et specifikt barn. Henvendelsen kan være mundtlig eller skriftlig. Derefter prioriterer lederen af den tværfaglige gruppe mellem de indkomne sager. De fleste fortæller, at de så vidt det er muligt forsøger at nå alle indkomne sager, men dette kan til tider være uhensigtsmæssigt. Eksempelvis er der en medarbejder, der referer til et møde, hvor der var ”12 børn på programmet”. I en sådan sammenhæng er der naturligvis ikke lang tid til hver enkelt sag. Drøftelse af den enkelte sag kan enten ske på baggrund af en skriftlig redegørelse, eller ved at den pågældende lærer/pædagog møder frem ved mødet for at fremlægge problemstillingen. Gruppen kan på den baggrund agere sparringspartner, rådgiver og formidle kontakt til relevante ressourcepersoner. De fleste grupper fortæller, at de følger op på de indkomne sager ved at tage sagen op igen. Det er dog ikke muligt for os at vurdere, om der er en egentlig systematik i forbindelse med dette arbejde, eller om det i højere grad beror på fornemmelser og tilfældigheder.

Forbyggende arbejde

I Lolland Kommune fortæller medarbejderne, at de tværfaglige grupper i langt de fleste tilfælde vægter forholdet mellem enkeltsager og mere generelle forebyggelsestiltag stort set ligeligt.

Jeg synes, vi har god succes med at have det todelt. At man har startet med en form for sagsbehandling og så bagefter det generelle overordnede.

Flere medarbejdere pointerer, at vægtningen mellem individuelle sager og sager af mere almen karakter blandt andet kan ses som en konsekvens af udmeldingerne fra centraladministrationen, som har pointeret vigtigheden af, at de tværfaglige grupper arbejder mere bredt og på et generelt niveau. Nogle medarbejdere fortæller således, at de i deres gruppe udelukkende arbejder med generel forebyggelse. Deres oplevelse er, at gruppen har fået diktat om udelukkende at arbejde på et generelt niveau, idet det ifølge dem ikke er gruppens opgave at beskæftige sig med enkeltsager.

De generelle forebyggelsessager, som medarbejderen beskriver, tager typisk udgangspunkt i et givent emne, som man så drøfter hvorefter gruppen forsøger at igangsætte nogle initiativer, der skal afhjælpe problemstillingen. Et eksempel på dette er fravær, som har været et af de overordnede fokusområder i Lolland Kommune gennem det seneste år. En gruppe fortæller, hvordan de har diskuteret, hvordan man kan mindske fravær blandt børnene i skoler såvel som i daginstitutioner.

På min skole har vi haft et lille pilotprojekt. Tilbage i 2012 snakkede vi om, hvad vi kunne gøre for at nedbringe det her fravær, og så snakkede vi om, hvad vi egentlig gør for at være opmærksomme på, hvad det er for nogle børn, der ikke er her. Så lavede vi et lille pilotprojekt, hvor vi tog fat i femten børn, som på daværende tidspunkt havde et højt fravær. Så gav vi medarbejdere og klasselærere besked om, at vi havde taget det her projekt op. Det gjorde, at for den enkelte klasselærer, at de ringede hjem og sagde for eksempel: 'Vi savner lille Lukas. Hvad gør, at Lukas ikke er her i dag? Er han forkølet i dag?' På den måde tog man lidt mere fat i familien. Det var et lille projekt, der forløb over tre måneder.

De generelle tiltag kan, som vi har set ovenfor, udspringe fra centralt hold, men de kan ligeledes opstå lokalt på baggrund af lokalt opståede problemstillinger, som meldes ind til mødelederen forud for det kommende møde. I datamaterialet er der eksempler omhandlende såvel hygiejne (håndvask og lus) som mere psykosocialt orienterede problemstillinger (eksempelvis cutting). I næste kapitel beskrives nogle af disse tiltag mere indgående.

Sammenhæng mellem personsager og almen forebyggelse

I princippet kan der være en tæt sammenhæng mellem det personrelaterede arbejde og det alment forebyggende arbejde. Således kan enkeltsager informere om et mere generelt problem. Flere medlemmer fortæller også, at de i gruppen har ladet sig "inspirere" af enkeltsager i forhold til at tage initiativ til en bredere forebyggelsesindsats. Imidlertid er det ikke så enkelt endda at gå fra det specifikke til det almene, hvilket primært skyldes, at en sådan bevægelse fordrer en vis systematik i arbejdet såvel som monitoreringen af gruppens arbejde. At kunne opdage og genkende mønstre i de problemstillinger, der tages op i det tværfaglige samarbejde forudsætter, at gruppen har et vist overblik over de sager, de arbejder med, samt at man bruger tid på systematisk at gennemgå det foreliggende sagsmateriale. Dette sker dog ifølge medarbejderne sjældent eller slet ikke, hvorfor informationer fra enkeltsagerne i højere grad beror, at medarbejderne af sig selv får øje på sammenhængende problemmønstre.

Problemet med den manglende monitorering, har man forsøgt at imødegå ved at kræve, at gruppens arbejde dokumenteres gennem et referat.

For eksempel er vi blevet pålagt, at vi skal skrive et referat, og at det skal lægges ind et sted. Men det er ikke mit indtryk, at der er andre end os, der kigger, om det er blevet lagt ind. For hvis man går ind og kigger, så er der ikke nogle reaktioner på, om man skriver eller ej. Det virker useriøst på mig, fordi så virker det som om, at der sidder en i en sektor et sted og siger, at det skal I, fordi det skal I, og så har man ikke gjort sig klart, hvad det skal bruges til, og hvorfor vi skal bruge tid på at lave et referat, og hvem det er til.

Citatet er interessant, eftersom medarbejderne opfatter referatet som noget, der skal bruges til at legitimere deres indsats op ad i systemet; en måde ledelsen kan tjekke om medarbejderne nu også laver noget. Medarbejderne overvejer ikke, om referatet primært kunne være til for gruppens egen skyld, altså som et overbliksskabende dokument. Dette kan både have sammenhæng mellem centraladministration og den enkelte gruppe, men kan også skyldes gruppens forståelse af egen opgave og funktion, hvilket vi skal se på i det følgende³².

Organisering af gruppernes arbejde

Af Vejledning om forebyggende sundhedsydelse fremgår det, at:

Udgangspunkt og fokus for indsatsen defineres i det tværfaglige fællesskab, hvor begreber som sårbarhed og udsathed afklares. Formålet

³² Sidst i dette kapitel samt i kapitel 9 vender vi tilbage til problemstillingen omhandlende gruppernes manglende dokumentation.

med det tværfaglige samarbejde klarlægges, førend indsatsen iværksættes. Dette uanset om det gælder enkelte børn/unge, grupper eller indsatsen, der har mere strukturel/samfundsmæssig karakter, som fx indsatsen i boligkvarterer eller kommunale tværfaglige projekter (Sundhedsstyrelsen 2011b:29).

Vejledningen lægger således op til, at de tværfaglige grupper arbejder ud fra et fagligt prioriteret grundlag og med et klart teoretisk udgangspunkt. Imidlertid er det ganske karakteristisk for de fleste grupper i undersøgelsen, at vægtningen i gruppens arbejde ikke er et udtryk for en grundig debat og en deraf følgende afklaring af gruppens formål og opgaveportefølje. Det ser ud som om, at det ofte mere er et udtryk for en vane eller et handlemønster opstået uden en egentlig debat – ”Det er nu engang sådan, vi gør her hos os”. De fleste grupper har eksisteret gennem længere tid og har på den baggrund skabt en særlig lokal praksis. Samtidig oplever mange, at sagerne så at sige presser sig på, hvorfor der sjældent er tid til at snakke om, hvad gruppens formål og målsætning egentlig er, og hvordan gruppen skal arbejde for at nå disse mål. En enkelt gruppe fortæller dog, at gruppen på et tidspunkt fik en ny deltager, hvilket tvang gruppen til at kigge indad på egne procedurer og systemer.

Vi havde det oppe og vende for nyligt, fordi vi havde fået ny sagsbehandler ind i gruppen, som sagde: 'Hvad er det, jeg skal bruge jer til - og hvordan?' Så begyndte vi at kigge i handleguiden³³, som Lolland Kommune har lavet, og så tog vi udgangspunkt i den til at se på, hvad det var, vi skulle bruge hinanden til. Vi havde faktisk en god dialog omkring, hvad det er vi gør, og hvad vi kan bruge hinanden til.

I datamaterialet er der imidlertid yderst få af sådanne eksempler på grupper, der gør deres eget virke til genstand for refleksion. De fleste er som sagt optagede af at ”nå noget”, når man nu endelig er samlede.

Tværfaglighed eller flerfaglighed?

Denne manglende dialog om gruppens opgaver genspejles i medarbejdernes svar, når man spørger ind til andre interne, strukturelle områder for den tværfaglige gruppes arbejde. Eksempelvis har vi spurgt ind til medarbejdernes forståelse af begrebet tværfaglighed. Sundhedsloven pålægger, som tidligere nævnt, kommunerne at nedsætte tværfaglige grupper for på denne vis at støtte op om arbejdet med det enkelte barn og formidle kontakt til relevant sagkundskab. Sundhedsloven kommunikerer således en ambition om, at det tværfaglige samarbejde skal kvalificere og forbedre den kommunale sundhedsindsats.

³³ I Handleguiden forefindes en grundig beskrivelse af opgaver og arbejdsgange for de tværfaglige grupper.

Spørgsmålet er imidlertid hvordan? Kommer tværfagligheden af sig selv, hvis blot man sætter en flok mennesker med forskellige faglig baggrund sammen, eller skal der noget mere til? I pædagogisk psykologisk ordbog kan man læse følgende definition på tværfaglighed:

Ligeværdigt samarbejde mellem discipliner eller faggrupper, der repræsenterer forskellige perspektiver og besidder hver sin faglige kompetence med det formål, at et problem belyses, problematiseres og afhjælpes ud fra forskellige faglige indfaldsvinkler (Gyldendal 2007).

Ifølge denne definition handler tværfaglighed således om, at et problem belyses fra forskellige faglige positioner. Med dette udgangspunkt er der næppe tvivl om, at alle grupper lever op til et tværfagligt ideal. Imidlertid påpeger Larsen (2005), at reel tværfaglighed kræver en form for gensidig forpligtigelse på den andens faglige perspektiv. Således indebærer tværfagligt samarbejde ifølge Larsen, at flere fagpersoner med udgangspunkt i hver deres faglige ekspertise arbejder helhedsorienteret med fælles ansvar, og kontinuerligt koordinerer og justerer indsatsen med udgangspunkt i klientens situation og behov. Endvidere påpeges det, at tværfaglighed ikke må forveksles med flerfaglighed, hvor hver faggruppe tager udgangspunkt i egen viden og egne mulige ydelser uden fælles analyse eller 'timing' de forskellige faggrupper imellem i forhold til klientens situation. Det må heller ikke forveksles med fællesfaglighed, hvor de forskellige faggrupper stort set varetager den samme funktion, hvorved faggruppernes specifikke faglighed udviskes (Larsen 2005). Forstås tværfaglighed på denne måde, er det således tydeligt, at man som tværfaglig gruppe er nødt til at overveje, hvad man forstår ved tværfaglighed, og hvorledes man sikrer, at tværfagligheden rent faktisk bliver en ressource.

Vi har dog ikke kunnet finde eksempler i datamaterialet på, at grupperne har haft sådanne drøftelser, hvor de har diskuteret det tværfaglige samarbejde - herunder hvordan de bedst udnytter de forskellige fagligheder, og hvordan man sikrer, at alle fagligheder rent faktisk bringes i spil i forbindelse med relevante problemstillinger. Et af problemerne med denne manglende afklaring er, at man risikerer, at fagligheden isoleres til de enkelte faggrupper, som illustreret i kapitel 5, hvor sundhedsplejersken bliver den primære repræsentant for sundhedsperspektivet. I stedet for at alle ud fra hver deres faglighed byder ind på et givent emne, risikerer man, såfremt dette ikke er drøftet i gruppen, at sundhedsplejersken taler om sundhed, pædagogen taler om trivsel og børns udvikling, læreren taler om læring osv. På denne vis bliver grupperne i højere et fællesskab for ekspertkommentarer, hvor hver enkelt ekspert mere eller mindre uimodsagt kan få lov til at levere sit faglige indlæg. Et af problemerne ved denne arbejdsform er, at gruppen mangler kompetencer til at udvikle ny teori og nye forståelser, eftersom udsagn ikke udfordres og videreudvikles. Netop gruppens teoretiske fundament er omdrejningspunktet i næste afsnit.

Gruppens teoretiske fundament

Ovenstående problemstilling omhandlende gruppens kompetencer til at håndtere og udnytte gruppens tværfaglige fundament, har som nævnt ovenfor sammenhæng med gruppens muligheder for at etablere sig som et lokalt baseret teoretisk ankerpunkt i det sundhedsfaglige arbejde. I interviewene med de tværfaglige grupper har vi blandt andet spurgt ind til, om grupperne har søgt at etablere sig som et teoretisk fællesskab, forstået således, at de har drøftet faglige problemstillinger og på den baggrund søgt at udlede gruppens samlede teoretiske udgangspunkt (eksempelsvis fælles børnesyn, sundhedsforståelse etc.). Flere medarbejdere fortæller, som nævnt ovenfor, at de til møderne i de tværfaglige grupper primært tager udgangspunkt i de praktiske udfordringer, og herudfra benytter de teoretiske funderinger, de hver især har med qua deres uddannelse. Grupperne arbejder således ikke direkte på at etablere et fælles teoretisk grundlag, men bruger teorier ad hoc. Ligeledes har de fleste grupper ikke drøftet et fælles teoretisk fundament:

Nej, ikke på møderne, der har vi ikke haft de diskussioner. En gang imellem har man et tema på, hvis man har fundet en eller anden interessant artikel eller et eller andet, som man så kan bruge som en drøftelse. Men det er sådan mere pluk.

Når vi synes, at bunken af sager eller emner er udtømt, så i stedet for at aflyse mødet, så kan vi vælge at dykke ned i et eller andet. Men at gruppen ligefrem skal være teorigenererende, det er nok store ord, men så kan man drøfte et eller andet, der lige er oppe i tiden.

Flere medarbejdere begrundet den ad hoc teoretiske tilgang med, at tidspres i hverdagen og presserende bekymringssager ikke efterlader meget tid til at diskutere den teoretiske præmis for gruppens arbejde. Under interviewene er der dog flere, der fortæller, at de savner et fælles teoretisk grundlag til at fremme en mere ensartet indsats overfor risikobørnene. Det gælder eksempelvis i forhold til den tidlige indsats men også på andre områder, hvor det er tydeligt, at der ikke nødvendigvis er den samme forståelse i gruppen. Dette er især noget, der bemærkes af de deltagere, som er medlemmer af flere grupper (sundhedsplejersker, psykologer, socialrådgivere). Disse medarbejdere fortæller, at der kan være store lokale variationer fra gruppe til gruppe på, hvad man i den lokale kontekst eksempelvis mener med, at et barn "er i en risikogruppe", at det udviser "problematisk adfærd", eller hvornår der skal sættes ind over for barnet. Dette forhold kan også vanskeliggøre samarbejdet mellem grupperne og myndighedsafdelingen, der ganske naturligt efterspørger en fælles standard og dermed en ensartet praksis over hele kommunen. Flere sagsbehandlere fortæller derfor også, at de opfatter det som en af deres vigtige opgaver at fungere som formidlingsled og "oversættere" fra myndighedsafdeling til de respektive grupper.

Der er dog ikke alle medarbejdere, som mener, at gruppen skal bestræbe sig på at udvikle og vedligeholde et fælles teoretisk grundlag. Nogle giver udtryk for, at en af styrkerne ved grupperne netop er, at der ikke bruges tid og kræfter på at ensrette arbejdet. Derimod skal man i deres øjne se det som en styrke, at de forskellige fagligheder, på hver deres måde kan hjælpe børnene mest muligt.

Jeg sidder og tænker på, om vi skal have det samme teoretiske udgangspunkt, når vi er så forskellige i vores fagligheder, når det er der, hvor forskellighederne kommer børnene til gavn. Jeg tror nok, at jeg hælder mest til det sidste.

Arbejdet er temmeligt lavpraktisk, hvor vi kigger på, hvad vi selv kan byde ind med helt konkret for at hjælpe. Det er ikke sådan, at det er teoretiske diskussioner om en eller anden, overhovedet ikke. Og det synes jeg heller ikke, at der er behov for.

Kontinuitet i arbejdet - fokus på overgange

En af fordelene ved de tværfaglige grupper er, at kommunen med denne instans opretter et forum, der kan følge barnet over en længere periode. På denne måde sikrer man (i teorien) kontinuitet i det faglige arbejde omkring det enkelte barn. I begge kommuner understreger medarbejderne vigtigheden af denne fortsatte indsats, som blandt opnås ved, at der i gruppen sidder forskellige repræsentanter, der møder barnet i forskellige livsaldre. I begge kommuner fortæller medarbejderne dog også om visse udfordringer, som blandt andet har reference til måden, de tværfaglige grupper er organiseret på.

I Lolland Kommune har ledelsen defineret overgange mellem de forskellige institutioner, eksempelvis fra daginstitution til skole som et prioriteringsområde. Dette harmonerer med gruppernes organisering på tværs af aldersgrupper, hvilket i princippet skulle lette gruppens arbejde med at fremme tværinstitutionelle overgange, eftersom der i grupperne er repræsentanter fra de forskellige institutionelle systemer. Endvidere har kommunen udarbejdet et kompendium med retningslinjer for overgangene, som medarbejderne kan tage udgangspunkt i. Medarbejderne fortæller i overensstemmelse med kommunens officielle holdning, at der er et klart fokus på overgange mellem de forskellige institutioner på børne- og ungeområdet i Lolland Kommune. I Guldborgsund Kommune er grupperne (som tidligere nævnt) organiserede omkring henholdsvis dagtilbudsområdet og skoleområdet. Denne organisering giver god mulighed for at samle ressourcerne om børnene i de enkelte institutioner, men det kan også medføre visse problemer i overgangssituationer mellem institutioner – særligt i overgangen fra daginstitution til skole.

Medarbejderne i Guldborgsund Kommune fortæller, at de er gode til at informere hinanden om børn med specifikke problemer eller anden vigtig information via overleveringsmøder, men de mødes ikke på tværs af de to områder. Flere af medarbejderne gav dog i

interviewene udtryk for et ønske om at udbygge samarbejdet på tværs af de tværfaglige grupper for på denne vis at sikre bedre overgange for børnene. I Lolland er dette samarbejde allerede formaliseret. Imidlertid har det ikke fuldstændig løst de såkaldte overgangsproblematikker, hvilket blandt andet skyldes, at nogle skoler optager fra mange daginstitutioner. Medarbejderne fortæller dog, at de udvidede grupper giver skolen mulighed for at få vigtig information om børnene, inden de går fra en institution til en anden. Dog skal man være opmærksom på, at samtlige dagtilbud naturligvis ikke er repræsenteret i den enkelte tværfaglige gruppe, samt at den enkelte dagtilbudsrepræsentant sjældent har et indgående kendskab til børnene på skoledistriktets øvrige institutioner, hvilket kan medføre et uhensigtsmæssigt fokus på børn fra visse (repræsenterede) institutioner, eller at man alternativt helt opgiver at bruge de tværfaglige grupper til denne form for aktivitet.

Prioritering af skole- og dagtilbudsorienterede sager

Mens Guldborgsund Kommunes organisering af de tværfaglige grupper skaber en naturlig arbejdsdeling i forhold til, hvilke børn man arbejder med, forholder det sig noget anderledes i Lolland Kommune, hvor grupperne skal fokusere på den samlede børnegruppe. Imidlertid fremstår det i datamaterialet som om, at sammensætningen af grupperne naturligt selekterer til bestemte emner. Eksempelvis fandt vi, at mens der i interviewene med Guldborgsund Kommune var en bred repræsentation af såvel medarbejdere fra dagtilbudsområdet som skoleområdet, var der i Lolland Kommune ingen repræsentanter fra dagtilbudsområdet til stede ved interviewene. Vi kan ikke vurdere, om dette var en tilfældighed, men i selve interviewene i Lolland Kommune gav medarbejderne også udtryk for, at dagtilbudsområdet på sin vis var fraværende, både i forhold til gruppens faglige arbejde men også i forhold til det konkrete fremmøde. Således blev det flere gange nævnt, at dagtilbudslederne var mindre stabile i fremmødet end de øvrige deltagere. Datamaterialet giver ikke nogen utvetydig forklaring på dette forhold, men en mulighed kunne være, at der er sammenhæng mellem gruppens aktiviteter og dagtilbuddenes engagement. Således fortæller flere, at grupperne har en tendens til at fokusere på skoleområdet og på den vis negligere førskoleområdet lidt.

Jeg tror, at det er meget afhængigt af, hvordan distrikterne er opbygget, om vi har daginstitutionerne med eller ikke. Vi har otte daginstitutioner eller sådan noget lignende. Der giver det altså ikke så meget mening. Det bliver mere sådan en overlevering ved de møder i distriktsteamene, hvor vi sidder med én daginstitutionsleder, som selvfølgelig har lyttebøfferne ude og siger lidt tilbage. Men grundlæggende er det ikke det, der er så vigtigt i forhold til dagsordenen.

Jeg tror helt klart, at skolesnakken er en rigtig stor del af distriktsteamene. Et distriktsteam er jo ikke til for skolens skyld. Det er jo til for alle instansers skyld. Og der tror jeg, det er i hvert fald min erfaring og oplevelse, at rigtig meget af det kører på skolen. Og der skal vi måske blive bedre.

Medarbejderne kommer ikke ind på, hvorfor prioriteringen i grupperne er således. En hypotese kunne være, at der er sammenhæng mellem dette forhold og den manglende dialog om gruppernes organisering. I hvert fald er der ingen medarbejdere, der i interviewene fortæller, at de i de respektive grupper har drøftet vægtningen af henholdsvis skoleområdet og førskoleområdet. Endvidere kan det være et spørgsmål om, hvilke sager der fremlægges for gruppen. Her peger nogle på, at fokuset på skolebørnene kan skyldes, at usædvanlig eller aggressiv adfærd ofte vil være et større og mere synligt problem hos ældre børn. Endvidere har det også betydning hvilke emner, som prioriteret fra centralt hold. Eksempelvis kan emnet fravær, som har været et vigtigt fokusområde for alle tværfaglige grupper i Lolland Kommune gennem det sidste år, indirekte medføre, at skoleområdet prioriteres, eftersom fravær ofte opfattes som særligt problematisk her³⁴. Endelig kunne man også forestille sig, at det har en vis betydning, at lederen (og dermed den person, der skal prioritere mellem de indkomne sager) af den tværfaglige gruppe typisk er skoleledes.

Gevinster ved det tværfaglige samarbejde

Selvom vi ovenfor har peget på flere af de problematiske aspekter ved de tværfaglige gruppers arbejde, er det imidlertid vigtigt at pointere, at praktisk taget alle medarbejdere i interviewene fremhæver de tværfaglige grupper som en vigtig instans, der medvirker til at forbedre den samlede sundhedsindsats. Særligt fremhæves det igen og igen, at grupperne medvirker til at øge kendskabet til hinanden på tværs af faggrænser, hvilket letter det daglige arbejde.

Når man holder de her møder, skaber man jo nogle relationer, der er lidt tættere, end hvis man bare ved, at der er en eller anden sagsbehandler, man kan ringe til. Det der med at have sat ansigt på, og i virkeligheden kende hinanden bedre og bedre, det gør også, at man får lettere ved lige at ringe og tage en snak om den her problematik.

Det letter det der uformelle tværfaglige samarbejde, der også er i dagligdagen. Hvis man sidder med en journal, så kontakter jeg jo lige sundhedsplejersken, eller hvad det nu kan være. Og det er altid meget nemmere, når man har siddet og snakket med folk.

Som sagt fremhæver de interviewede i stort set alle interviews gruppens relationsskabende karakter som en af gruppens vigtigste funktioner – måske endda den vigtigste. Den

³⁴ Dog fortæller enkelte medarbejdere, at de i forbindelse med fraværstemaet har haft nogle gode snakke i gruppen om fravær og tilstedeværelse i dagplejer og børnehaver. Alligevel foreslår flere, at centraladministrationen kunne afhjælpe problematikken ved at udpege fokusområder, som i højre grad vedrører dagtilbudsområdet.

tværfaglige gruppe medvirker til at skabe et tværinstitutionelt sammenhold. Særligt tydeligt er det i Lolland Kommune, hvor der også afholdes faglige dage for alle tværfaglige grupper på én gang, hvilket ligeledes medvirker til et forøget kendskab.

Hvor stor den reelle effekt af de tværfaglige gruppers relationsskabende karakter er, er naturligvis svært at vide. Kunne de kommunale medarbejdere ikke udføre deres arbejde uden, at 7-8 ledere og eksperter sidder og snakker sammen to timer en gang om måneden? Og betyder det interpersonelle kendskab virkeligt så meget ud fra en faglig betragtning, når det kommer til stykket? En medarbejder udtaler eksempelvis, at det, når han fortæller om gruppens arbejde og effekterne heraf, godt kan komme til at lyde som en kaffeklub, men (som han siger), *”den kaffe er givet godt ud, fordi møderne letter medarbejdernes øvrige arbejde”*.

Medarbejderne pointerer således, at effekten af de tværfaglige grupper til tider kan være svær at måle, eftersom en del af virkningen måske ikke ligger i selve det arbejde, gruppen udfører men i det faglige arbejde, som gruppens medlemmer hver især udfører, der muliggøres qua det større interne kendskab, der følger af gruppedeltagelse. Dette kan også forklare det forhold, at medarbejderne i interviewene til tider har svært ved at beskrive hvilke konkrete resultater, man kan tilskrive den tværfaglige gruppes arbejde. Dette kan dog også hænge sammen med gruppernes evalueringskultur, hvilket er omdrejningspunktet for dette kapitels sidste afsnit.

Evaluering af arbejdet i de tværfaglige grupper

Som beskrevet tidligere i dette kapitel fortæller flere medarbejdere på tværs af de to kommuner, at man ikke i grupperne har drøftet kvalitetsstandarder for gruppens arbejde, eller hvordan man laver systematisk vidensindsamling. Derfor er det heller ikke overraskende, at samme tendens gør sig gældende, når det kommer til evaluering af gruppernes arbejde. Medarbejderne begrundet selv dette med, at man i en travl hverdag ofte bliver nødt til at prioritere, og at det ofte er den definatoriske og teoretiske præmis for arbejdet, der nedprioriteres. Samtidig er det klart, at det er sværere at evaluere en indsats, når man ikke er helt sikker på, hvad indsatsens formål er.³⁵

De fleste grupper fortæller dog, at de har en vis form for evaluering internt i grupperne. Det drejer sig typisk om, at man en gang om året bruger lidt af gruppens tid på at diskutere gruppens arbejde. Der synes dog ikke at være nogen formaliseret tilgang til denne evaluering.

Der er jo ikke noget måleredskab eller værktøj på det. Hvis vi synes, at det har været godt, så er det det. Og reelt set er det svaret, tænker jeg. Det er

³⁵ Dette forhold nævnes dog ikke af medarbejderne selv.

ikke nødvendigvis et kvantitativt svar, men det er det svar, der er. Der er grundlæggende en mavefornemmelse om, hvorvidt det her var godt eller ikke godt.

Citatet ovenfor er ganske repræsentativt for medarbejdernes beskrivelse af den herskende evalueringskultur, der primært tager udgangspunkt i medarbejdernes erfaringer og oplevelser. Ingen grupper fortæller, at de har opsat konkrete målepunkter og succeskriterier.

Dog beskriver medarbejderne i Lolland Kommune, at centraladministrationen, som tidligere beskrevet, hvert år udpeger nogle fokusområder, som man ønsker, at de tværfaglige grupper i særlig grad skal beskæftige sig med. En gang om året mødes de tværfaglige grupper på et fællesmøde for at drøfte arbejdet - herunder de særligt udpegede fokusområder. På denne vis får grupperne lejlighed til at sparre med hinanden og lade sig inspirere af de andre gruppers arbejde.

Jeg tror, at årsagen til, at vi mødes og evaluerer, er, at forskellen er stor hos de 11 distriktsteams, og måden hvorpå man arbejder.

Fællesmøderne har således i mindst lige så høj grad karakter af erfaringsopsamling som evaluering, og det er ganske kendetegnende for mange af de foretagne interviews, at medarbejderne undervejs i interviewene begynder at drøfte behovet for bedre evaluering. Samtidig giver mange udtryk for et ønske om en tydeligere central koordinering. Dette kunne blandt andet foregå ved, at centraladministrationen melder nogle klarere retningslinjer ud for gruppens arbejde - herunder målsætninger og succeskriterier.

Det kunne være godt at få præciseret, hvad målet er, og hvornår det er en succes. Og det lyder så enkelt, når man siger det, men praksis er noget andet, fordi det kræver tid at sætte sig ned og få formuleret det her.

Man kunne få den fornemmelse, at medarbejderen i citatet ovenfor mener, at kapaciteten til selv at påtage sig opgaverne med at klarlægge mål, opgaver og evaluering af gruppernes arbejde ikke forefindes inden for de eksisterende rammer. Uanset om ressourcerne er til stede i de nuværende grupper eller ej, peger vores undersøgelse på, at større gennemsigtighed i forhold til gruppernes arbejde og effekt heraf forudsætter, at der på den ene eller anden måde investeres flere ressourcer i den opsamlende og dokumenterende del af gruppernes arbejde, hvilket vi vender tilbage til i kapitel 9.

Opsummering

I dette kapitel har vi beskæftiget os med de tværfaglige gruppers arbejde i de to kommuner. De to kommuner har organiseret arbejdet i de tværfaglige grupper lidt forskelligt. Således er grupperne i Lolland Kommune organiseret med udgangspunkt i den samlede børnegruppe, mens grupperne i Guldborgsund Kommune er opdelt i førskole- (0-6 år) og skoleområdet (6-

18 år). Vores undersøgelse giver os ikke et tilstrækkeligt grundlag til at fastslå, om den ene eller anden model er mest velegnet. Begge har fordele og ulemper. Således forekommer den tværinstitutionelle kommunikation i Lolland Kommune at være begunstiget af de større grupper, men samtidig virker det til, at grupperne har svært ved at rumme daginstitutionerne. Således er det muligt, at der bruges mere tid på førskoleområdet i de tværfaglige grupper i Guldborgsund end i Lolland. Grupperne arbejder både med enkeltsager og med mere generelle forebyggelsesopgaver. Dog er det i mange tilfælde enkeltsagerne, der prioriteres højest. Det er yderst sjældent, at grupperne gør deres eget arbejde til genstand for diskussion. Således er der ingen grupper i vores undersøgelse, der arbejder ud fra en klar, lokalt formuleret mål- og funktionsbeskrivelse. Endvidere mangler de fleste grupper en klar systematik i forbindelse med deres vidensopsamlende og vidensgenererende funktion. Dette har sammenhæng med spørgsmålet om evaluering af gruppens arbejde, som primært baserer sig på oplevelser og formodninger. Imidlertid er det vigtigt at have in mente, at stort set alle medarbejdere i interviewene pointerer vigtigheden af de tværfaglige grupper. Særligt gruppens funktion som relationskaber og dermed fremmer af det tværkommunale samarbejde fremmes igen og igen.

Kapitel 8 – Eksisterende virksomme tiltag i de to kommuner

I dette kapitel vil vi beskæftige os med de eksisterende sundhedsfremmende tiltag i de to kommuner. I såvel spørgeskemaundersøgelsen som i de kvalitative interviews er medarbejderne blevet bedt om at beskrive sundfremmende og/eller forebyggende indsatser, som i deres øjne fungerer godt. Dette har vi spurgt om grundet flere forskellige forhold. For det første er det væsentligt at forsøge at danne sig et overblik over de eksisterende indsatser, inden man begynder at komme med anbefalinger til fremtidige indsatsområder. Der er jo ingen grund til at anbefale indførelse af tiltag, der allerede er indført. Endvidere er det vigtigt i enhver implementeringsproces at tage højde for velfungerende tiltag. Dels for at sikre sig at man ved, hvad der skal forankres i en given forandring, og dels fordi velfungerende tiltag i mange tilfælde kan fungere som udgangspunkt for det videre arbejde. Nye tiltag behøver langt fra altid at være funderet i det, der ikke fungerer, men kan i mange tilfælde med fordel basere sig på det, der allerede har vist sig virkningsfuldt i den konkrete kontekst.

I det følgende vil vi derfor beskrive nogle af de mange projekter, som medarbejderne rapporterer om. Det er vores håb, at denne beskrivelse kan fungere som et inspirationskatalog for medarbejdere og ledere i de to kommuner. Dette håb baserer sig blandt andet på det forhold, at det har været en endog særdeles vanskelig opgave for os som udenforstående at danne os et samlet overblik over de eksisterende indsatser i kommunerne. Disse vanskeligheder kunne naturligvis tilskrives vores outsiderposition, men i løbet af de kvalitative interviews er det blevet tydeligt, at langt de fleste medarbejdere (og faktisk også den faglige ledelse) har vanskeligt ved at skabe sig et sådant overblik. Naturligvis forefindes der en række projekter, der er etableret med støtte fra diverse fonde eller ministerier, ligesom kommuneren også har igangsat en række ordninger, der har eksisteret over en længere årrække. Disse initiativer har centraladministrationen naturligvis overblik over, eftersom mange af projekterne forudsætter, at kommunens ledende medarbejdere følger projekterne tæt og støtter op om en efterfølgende og afsluttende evaluering. Imidlertid er vi i vores undersøgelse også stødt på en række projekter, der i højere grad udspringer af en bottom-up proces, hvor medarbejdere på den konkrete institution har sat initiativer i gang. Således har vi i alle interviews oplevet, at medarbejderne er blevet meget optagede af at høre hinandens erfaringer: "Nå gør I sådan? Det var da en god idé. Vi gør det lidt anderledes, men måske kunne vi gøre noget af det samme hjemme hos os". Forhåbentligt kan dette kapitel virke på samme vis som disse interviewmøder og således inspirere til fremtidig handling eller koordinering på tværs af institutioner og kommunegrænser. Vi vil pointere, at vi ikke forsøger at påstå, at kapitlet beskriver samtlige eksisterende og virksomme tiltag i de to kommuner. Det er trods alt langt fra alle kommunens medarbejdere, der har svaret på spørgeskemaer eller deltaget i interviewene, hvorfor der givetvis er en mængde praksis eksempler, der ikke bringes frem i denne rapport. Vi kan således heller ikke i denne rapport give et overblik og den samlede

indsats i forhold til at reducere ulighed blandt børn og unge i de to kommuner. Problemet vedrørende manglende overblik vender vi tilbage til i næste kapitel.

Den følgende præsentation er emneopdelt. Nogle emner fremhæves af mange medarbejdere, mens andre projekter kun beskrives af en enkelt medarbejder eller leder. Det er imidlertid ikke det kvantitative aspekt, som vægtes i dette kapitel. Derimod er ønsket at fremlægge en bred og nuanceret beskrivelse af den mangfoldige praksis med fokus på sundhed og trivsel i de to kommuner.

Tværfaglige grupper

Et gennemgående træk i undersøgelsen er, at mange medarbejdere fremhæver de tværfaglige grupper som et velfungerende og vigtigt led i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. I forrige kapitel beskriver vi de tværfaglige grupper og de væsentligste resultater fra den kvalitative interviewundersøgelse. Disse pointer skal vi naturligvis ikke gentage her, men vi finder det ganske væsentligt, at det ikke kun er i de kvalitative interviews (med deltagere fra de tværfaglige grupper), at de tværfaglige grupper fremhæves. Det samme gør sig gældende i spørgeskemaundersøgelsen målrettet alle medarbejdere i kommunerne, hvilket nedenstående udsagn er eksempler på:

At vi i Lolland Kommune har nedsat et distrikteam fra hver skoleafdeling bestående af personale/ledelse fra dagplejen, dagtilbuddet, børn og unge rådgiver, sundhedsplejerske, motivationsvejleder, skole, SFO. Dette gør, at vi hele tiden på tværs af faggrænser overordnet kan debattere diverse tiltag og initiativer til gavn for det enkelte barn. Ofte kan dette bevirke, at der afholdes netværksmøde omkring et barn i krise fremfor en underretning.

Niveau 1 møder (tværfaglige møder) som holdes fast hver anden måned.

I denne forbindelse gør vi opmærksom på, at de respektive besvarelser i spørgeskemaundersøgelsen også kan være fra deltagere i de tværfaglige grupper, hvorfor undersøgelsen ikke giver et tydeligt billede af, hvorvidt kendskabet til de tværfaglige grupper samt de positive erfaringer gælder for den samlede (eller i hvert fald størstedelen af) personalegruppe. Dog fortæller interviewdeltagerne, at forskellige medarbejdere ofte deltager i de tværfaglige gruppers møder, når de har "en sag" på. Man må derfor formode, at de fleste medarbejdere har et vist kendskab til de tværfaglige grupper.

Netop dette forhold, at mange af kommunens medarbejdere kender til og frekventerer de tværfaglige grupper, beskrives i de kvalitative interviews som en styrke. Som det fremgår af sidste kapitel, er de tværfaglige grupper netop et relations-skabende rum, hvor man kan mødes på tværs af fagligheder og det daglige arbejde. Disse møder styrker ifølge medarbejderne det interne kendskab til hinanden og gør det derved lettere at tage kontakt i forbindelse med problematiske sager eller ved opstart af nye projekter.

Et andet træk ved de tværfaglige grupper, som flere fremhæver som positivt, er, at man flere steder har trukket yderligere ressourcepersoner ind i gruppen alt efter de lokale behov. Eksempelvis har visse grupper valgt at gøre skolens AKT-lærer til permanent medlem af gruppen, eftersom denne lærer er involveret i langt de fleste individuelle sager, som gruppen tager op. I en anden gruppe tilknyttet en skole for børn i udskoling har man tilknyttet en medarbejder fra Ungdommens Uddannelsesvejledning, eftersom denne tværfaglige gruppe, qua elevsammensætningen, ganske naturligt har et væsentligt fokus på overgangen fra folkeskole til ungdomsuddannelser og/eller erhvervsliv.

På denne vis beretter flere, at de tværfaglige grupper fungerer bedst, når gruppen har forholdt sig til sine kerneopgaver og rekrutteret medlemmer på baggrund af disse opgaver – Et emne vi vender tilbage til i næste kapitel.

GUSA og Handleguiden

I såvel spørgeskema som de kvalitative interviews er der mange medarbejdere, som særligt fremhæver GUSA som et velfungerende og vigtigt redskab. GUSA synes at virke, fordi dette redskab er forholdsvist simpelt at gå til og samtidig udførligt i sin beskrivelse. Endvidere fremhæves stafetloggen³⁶ som et virksomt redskab. Flere peger dog på, at GUSA fungerer bedst, når der er klare og fælles accepterede faste procedurer for, hvornår man skal oprette en GUSA sag og en stafetlog, samt hvad man skal gøre med denne stafetlog.

GUSA, synes jeg, er et af de mest geniale værktøjer, der findes. Fordi, hvis vi bruger den, som intentionerne var, og som instruksen foreskriver, så har vi et unikt redskab til at følge de her forløb. Så er der altid en tovholder, hvor barnet hviler trygt. Jeg plæderer for, at den ikke er elektronisk men fysisk. Fordi, når man som tovholder afleverer "sit barn", så afleverer man det til en anden, som modtager det. Når jeg sender en elektronisk stafetlog til en eller anden, så er det en af de mails, der bare er kommet ind. Og det var der, hvor jeg tænkte, at her har vi et redskab, hvor vi forpligter hinanden. Hvor vi kigger hinanden i øjnene og siger: 'Nu er han din. Nu er det dit ansvar at følge den her sag på vej'. Nu har jeg været i kommunen siden 2007, og jeg kan se, at det skrider mere og mere, hvor vi ser flere og flere sager, hvor der er børn, der falder ned mellem flere stole, og der ikke rigtig er nogen, der har hånd i hanke med, hvem der har stafetten nu.

Citatet er ganske repræsentativt for medarbejdernes oplevelser af GUSA som et redskab, der har medført en væsentlig forbedring af arbejdet omkring truede og udsatte børn og som medvirker til at skabe bedre samarbejde på tværs af faggrænser og mellem det udførende led og myndighedsafdelingen. Imidlertid illustrerer citatet ligeledes en tendens, som går

³⁶ Stafetloggen er en del af GUSA.

igen i flere udsagn nemlig, at medarbejderens brug af GUSA over de sidste år har forandret sig, og at denne forandring ikke nødvendigvis er til det bedre. Således foreslår flere, at der strammes op på GUSA arbejdet. Eksempelvis svarer en medarbejder på spørgsmålet om hvilke tiltag, der fungerer godt: ” GUSA - når det fungerer i praksis”.

Det er ligeledes interessant at fundere over de knapt så rosende dele af det ovenstående GUSA-citat. Medarbejderen giver udtryk for, at der er gået noget tabt i overgangen fra at arbejde med GUSA i papirformat til den elektroniske version af samme redskab. I udsagnet kan man genkende samme tema som beskrevet ovenfor i forhold til de tværfaglige grupper omhandlende glæden ved at mødes på tværs af faggrænser. Medarbejderne fremhæver, som tidligere nævnt, disse fysiske møder, eftersom de skaber et andet kendskab og en anden form for fællesskab, der ifølge medarbejderne bedst etableres gennem de konkrete møder. Det er denne forpligtigelse på hinanden, som i et vist omfang synes at gå tabt gennem den fortsatte digitalisering af kommunikationen. Derfor kunne det være værd at overveje om og i givet fald hvordan, man kan fastholde de givende elementer i den gamle analoge arbejds metode i en stadig mere digitaliseret arbejdsform.

Mens GUSA fremhæves gentagne gange som et godt og effektivt redskab, nævnes Handleguiden stort set ikke af medarbejderne i det kvalitative materiale, og i spørgeskemaet omtales den kun i sammenhænge, hvor der konkret spørges til dette redskab. Flere medarbejdere nævner, at den er under opdatering, hvilket på baggrund af undersøgelsesresultaterne forekommer tiltrængt. I den forbindelse synes det oplagt at overveje hvilke forhold, der medvirker til, at GUSA tilsyneladende er væsentligt bedre integreret i medarbejderens bevidsthed og dermed formentligt også i det daglige arbejde.

Tiltag målrettet familier

Et tema, der går igen i spørgeskema såvel som i de kvalitative interviews, er medarbejderens oplevelse af, at for mange kræfter bruges på det enkelte barn fremfor på hele familien. Flere pointerer, at arbejdet på denne vis har karakter af brandslukning eller symptombehandling, eftersom man ikke arbejder med de væsentligste årsager til barnets problemer. Imidlertid er der også flere medarbejdere, der peger på allerede eksisterende projekter i de to kommuner, der netop har fokus på familien.

Nogle af disse tiltag, som medarbejderen henviser til, er større projekter initieret af sundhedsstyrelsen. Disse projekter løber typisk over en tidsbegrænset periode. De gennemføres simultant i en række kommuner og afsluttes med en evaluering fra hvert kommunalt projekt, hvilket munder ud i en samlet rapport. I nærværende datamateriale fremhæver medarbejderne to projekter, der har en sådan karakter, nemlig projekt ”Ung

mor i uddannelse”³⁷ samt projektet ”en god start sammen”³⁸. Begge disse projekter omtales kun en enkelt gang i det ellers ganske omfattende datamateriale. Dette kan indikere, at sådanne projekter ofte er karakteriserede ved at involvere en forholdsvis lille projektgruppe. Det kan også ses som et udtryk for den udfordring, som det ofte viser sig at være at bringe projekter fra et meget lokalt niveau og brede dem ud til en stor og geografisk spredt personalegruppe i en kommune.

Medarbejderne beretter imidlertid også om andre tiltag målrettet familien. Tiltag der på baggrund af datamaterialet forekommer mere udbredt i de to kommuner. Eksempelvis er der mange medarbejdere, der beretter om, at de i lokalmiljøet har arrangeret åbne rådgivningsarrangementer, hvor familier kan møde op og få anonym vejledning eller rådgivning³⁹. Arrangementerne varierer i forhold til hvilke personalegrupper, der deltager. Dette kan både være sundhedsplejersker, socialrådgivere, PPR-medarbejdere, AKT lærere m.m.

Sidste år lavede vi sådan et forsøg med åbent hus, hvor vi havde en psykolog, en tale- og hørekonsulent og en sundhedsplejerske siddende en gang om måneden. Så holdt vi åbent hus nogle timer, hvor forældrene kunne komme og drøfte, hvis der var nogle problematikker om deres børn, både små børn og skolebørn.

Flere medarbejdere fremhæver således de åbne rådgivninger som et særdeles virksomt tiltag, der grundet tilbuddenes anonyme form kan medvirke til, at medarbejderne får kontakt til forældre, man ellers ikke ville møde. Flere fortæller, at mange forældre sætter pris på, at deres problemer ikke gøres til ”en sag”. Der er også medarbejdere, der på baggrund af deres erfaringer med dette område fremhæver behovet for yderligere indsatser målrettet etniske familier, der kan have svært ved at overskue det danske ”institutionssystem”. En sundhedsplejerske fortæller i den forbindelse, hvorledes mødet med de etniske børn og familier i daginstitutioner og dagplejer har inspireret hende til at sætte ekstra fokus på dette område ved at tilbyde deciderede forældrekurser for etniske minoritetsforældre.

³⁷ <http://www.socialstyrelsen.dk/born-og-unge/barnets-reform/centrale-initiativer/unge-og-sarbare-modre-og-et-stotte/ung-mor-i-uddannelse-eller-job-i-lolland-kommune>

³⁸ https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/puljer-og-projekter/2010-2013/boerns-trivsel-i-udsatte-familier-med-overvaegt-eller-andre-sundhedsrisici/~/_media/0E84BE29F22048ADACC84ED5C5626B4D.ashx

³⁹ Termen ”anonym rådgivning” henviser til, at man ikke skal have en indstilling fra kommunen, ligesom medarbejderne heller ikke rapporterer tilbage til kommunens myndighedsafdeling efter samtalen.

Vi har en børnecafé for de helt små. Det er for alle de etniske familier, eller det er typisk dem, der kommer der. Ved mange af disse møder oplevede vi, at de samme problematikker blev ved med at vende tilbage, og vi kunne ikke rigtig flytte noget. Nu er vi så begyndt at lave et forældrekursus, som vi vil have tre gange, hvor børnene er to til tre år og fire til fem år samt lige inden skolestart. Der har vi temaer på, som er relevante i forhold til institutionen og lige inden skolestart.

Omvendt rummer de åbne rådgivninger også visse begrænsninger. For det første er det netop blot en rådgivning, og medarbejderne har dermed ikke mulighed for at intervenere, hvis de finder det nødvendigt. Endvidere gør nogen opmærksom på, at det kan være et problem at komme i kontakt med de målgrupper, der har det mest udtalte behov.

Altså, jeg tænker, at der er en skævvridning. Der er jo et meget større fokus på de velfungerende familier omkring psykisk sundhed. Vi får tonsvis af henvendelser i vores åbne rådgivning. Men for det meste fra de forældre, som er en lille smule bedre fungerende end for dem, som måske har mest behov for det.

Et andet tiltag, som nævnes af flere medarbejdere, er de såkaldte familieklasser. Familieklasser henvender sig til elever, som skolen har svært ved at rumme i et normalt tilbud. Typisk vil en sådan elev få tilbudt at deltage i en familieklasser nogle dage om ugen sammen med sin far eller mor gennem en længere periode (typisk mellem 2-6 måneder). I den pågældende periode modtager eleven undervisning i det samme stof, som klassekammeraterne får i den normale klasse. Forældrene får ansvar for en del af barnets undervisning, og er i det hele taget omdrejningspunkt for indsatsen, der skal hjælpe eleven til at afværge konfliktsituationer og fungere bedre socialt (Servicestyrelsen 2011: 10-11). Familieklasser ser dog ikke ud til at være udbredt til alle skoler i de to kommuner, men kører på forsøgsbasis på udvalgte lokaliteter.

Endelig fortæller en medarbejder, at de på hendes arbejdsplads også har forsøgt sig med bedsteforældrekurser for på denne vis at aktivere en større del af barnets netværk.

Tiltag målrettet børnene

Ud over tilbud målrettet familien forefindes der ligeledes et væld af pædagogiske projekter og initiativer målrettet børnene. Fælles for alle disse projekter er, at de er lokalt baserede. De udspringer typisk af en god idé, som er udviklet af en enkelt- eller en gruppe medarbejdere på baggrund af deres oplevelser i den lokale kontekst. Projekterne er kendetegnede ved at opstå mere eller mindre spontant samt i høj grad at basere sig på en trial-and-error-metode ("nu prøver vi lige det her") fremfor en længere analyse og planlægningsfase. På samme vis gælder det for de fleste af disse projekter, at man ikke forud for opstarten har diskuteret, hvorledes man skal dokumentere og evaluere indsatsen. Netop den manglende dokumentation, evaluering og formidling af resultater medfører, at mange projekter "går i sig selv" igen, ligesom kendskabet til projektet typisk ikke rækker ud

over den lokale kontekst. Af samme grund er det givetvis langt fra alle projekter og initiativer, som undersøgelsens datamateriale giver adgang til. Nedenstående gennemgang skal altså ikke ses som en udtømmende liste men mere som eksempler på initiativer. Bemærk endvidere, at der i interviews og spørgeskema ikke forefindes mange konkrete eksempler på initiativer, der har sit udspring i dagplejen eller daginstitutioner, hvilket øjensynligt skyldes, at langt de fleste respondenter arbejder med børn mellem 6 og 18 år.

For langt de fleste initiativer, som medarbejderne beretter om, gælder, at de er centrerede omkring den lokale skole. Typisk kan disse projekter opdeles i to grupper:

- Projekter der fokuserer på en bred børnegruppe med varierende problemstillinger.
- Projekter der fokuserer på en specifik børnegruppe med mere klart definerede problemstillinger.

Under den første gruppe af initiativer hører typisk åbne rådgivningstilbud, der i et vist omfang er sammenlignelige med de i sidste afsnit beskrevne tilbud. Den primære forskel er naturligvis, at de tidligere beskrevne tilbud er målrettet den samlede familie, mens disse tilbud primært henvender sig til skolens elever.

Vi driver en besynderlig ting her på skolen, som vi kalder for Trivselskontoret. Der er en masse børn, der mistrives i det her system, og de får vejledning på trivselskontoret i forhold til alle mulige forskellige ting. Det er faktisk noget, der kører helt fast, hvor børn har ret til at møde op på Trivselskontoret og få hjælp. Så vi prøver at løse nogle af de problemer, som de børn har, inden de bliver alvorlige problemer, og det har vi haft rigtig stor succes med sidste år.

Andre beretter om lignende tilbud, hvor lærere (herunder AKT-lærere), sundhedsplejersker og i enkelte tilfælde socialrådgivere sidder klar til at give råd på udvalgte dage om måneden. I andre sammenhænge er der et større fokus på samtalen frem for decideret rådgivning. Her har man etableret egentlige samtalegrupper, hvor børnene kan møde op og fortælle om problemstillinger eller bekymringer, de måtte have, hvorfor disse initiativer derved får en mere terapeutisk karakter.

Ud over disse tiltag beretter medarbejderne om en række tiltag målrettet specifikke grupper. Eksempelvis fortæller en medarbejder om et tiltag på hendes skole, hvor en motivationsvejleder og en AKT-lærer med udgangspunkt i "Du-bestemmer-metoden"⁴⁰ har

⁴⁰ Du bestemmer metoden er kort fortalt en form for sundhedsundervisning, som tager udgangspunkt i deltagerens egne opfattelser af sundhed. Gennem et guidet samtaleforløb får deltagerne bedst mulige forudsætninger for at vælge det gode og sunde liv og for at tage konsekvenserne af deres valg (Dalsgaard et al. 2006: 2.1).

arbejdet med en gruppe piger fra 7. klasse med særlig fokus på vægt og spisning. I det konkrete tilfælde har man søgt at sætte fokus på pigernes styrker frem for en eventuel problematisk adfærd. Også andre medarbejdere fortæller om eksempler på indsatser, der relaterer sig til vægtproblematikker. Eksempelvis et forløb for lettere overvægtige drenge, som ikke har nået en overvægt, der berettiger til en standardiseret intervention ved diætist eller lignende. Også i dette tilfælde valgte man at sætte fokus på noget andet end vægten ved blandt andet at lave en række sociale- og fællesskabsopbyggende tiltag, der skulle øge drengenes motivation for at deltage i sundhedsfremmende aktiviteter.

Et sidste eksempel på disse pædagogiske indsatser (ud af de voldsomt mange eksempler som forefindes i datamaterielt), som skal nævnes i denne forbindelse, omhandler en skole, der har taget et specielt initiativ for at imødekomme en større gruppe af såkaldt "uroelige drenge". Her har man taget en lille gruppe drenge, som har svært ved at indpasse sig i skolens normale hverdag, for i stedet en gang om ugen at "gøre skole" på en lidt anderledes måde, der i langt højere grad tager udgangspunkt i fysisk aktivitet og udeliv.

Ud over de ovenfor beskrevne indsatser, der i et vist omfang retter sig mod sundhed ud fra et bredt, trivselsorienteret udgangspunkt, beskriver medarbejderne ligeledes, hvorledes de også har initieret en lang række foranstaltninger, der i højere grad har et mere praktisk sigte. En del af disse indsatser centrerer sig om hygiejne og baserer sig typisk på et samarbejde mellem lærerne og sundhedsplejerskerne. Således er der i datamaterialet et stort antal eksempler på, at lærerne er blevet opmærksomme på en problematik såsom en luseepidemi eller en overhyppighed af forkølelsetilfælde, hvorefter man har bedt sundhedsplejersken om at medvirke ved en forbyggende indsats. Eksempelvis ved at stå for en kampagne, hvor børnene kæmmer hinanden eller ved at undervise de mindre børn i god håndhygiejne. Et andet eksempel på praktiske foranstaltninger er, at nogle skoler har ekstra gymnastiktøj og håndklæder liggende, således at børn, der har svært ved at huske gymnastiktøj og ikke har meget støtte fra hjemmet, alligevel kan deltage i gymnastikundervisningen.

Som sagt lader det sig ikke gøre på denne begrænsede plads at nævne alle eksempler på lokale initiativer, som forefindes i datamaterialet, ligesom undersøgelsen givetvis kun giver adgang til en flig af det mangfoldige sundhedspædagogiske arbejde i de to kommuner. Imidlertid vil vi gerne pege på en enkelt oplevelse, som blev stadig mere tydelig gennem dataindsamlingsprocessen. Således var det slående, at medarbejderne ved adskillige interviews fortalte om, hvordan de havde udviklet et initiativ eller var kommet på en ny idé rettet mod sundhedsområdet – vel at mærke et initiativ eller en idé, som medarbejdere på andre institutioner ved tidligere eller senere interviews ligeledes fortalte om, hvordan de havde udviklet i deres lokale miljø. Dataindsamlingsprocessen gav os indtryk af, at medarbejderne kun i begrænset omfang havde kendskab til det pædagogiske og sundhedsfremmende arbejde på tværs af institutioner. Der er således adskillige eksempler

på, at medarbejdere på naboinstitutioner bruger tid og kræfter på at udvikle ensartede tiltag eller "opfinde" tiltag, der allerede fungerer på andre institutioner. I nærværende undersøgelse har det samtidig været svært at finde eksempler på initiativer, der sigter mod at lære af andres erfaringer og dermed minimere "udviklingsomkostningerne".

Indsatser rettet mod kost

Et sidste emne, som skal nævnes i dette kapitel, omhandler initiativer, der centrerer sig om kost. Eksempelvis fortæller en koordinerende medarbejder, at man i Lolland Kommune har arbejdet med at udarbejde fælles kostpolitik for alle skoler samtidig med, at man har sat vandfontæner op på alle skoler således, at eleverne kan tappe koldt vand. Samme medarbejder nævner, at skolerne på Lolland har en frugtordning, som børnene kan tilmelde sig⁴¹, ligesom man har arbejdet med at forbedre maden i skolernes kantiner.

Imidlertid er et af de væsentligste problemer med kantine mad og frugtordninger, at de koster penge. Mange medarbejdere fortæller således, at de har været nødt til at udvikle forskellige lokale ordninger på skolerne for at sikre, at børnene får noget at spise. Især beretter flere, at der er mange elever, der møder op på skolen uden at have fået morgenmad, hvilket flere institutioner forsøger at løse ved at have et mere eller mindre uformelt morgenmadstilbud målrettet den mest sårbare gruppe, som på denne vis kan få et hurtigt måltid inden skolestart.

Informant: Vi har snakket meget om, hvordan vi kan hjælpe de børn, der bliver sendt afsted uden morgenmad og møder ind på skolen uden at have fået noget mad.

Interviewer: Så der er en eller anden form for madordning?

Informant: Ja, morgenmad. Men kantinen åbner så lidt tidligere, og ellers så kan man lige komme over og få en håndbolle i SFO'en. Så vi gør noget for at hjælpe de børn, vi ved, ingenting får.

Citatet er som sagt ganske typisk for kostindsatsen, som beskrives i interviewene. Således er det især morgenmad, som tilbydes (muligvis fordi tilbuddet allerede findes i SFO-sammenhæng), og endvidere er ordningerne ofte uformelle, hvilket i princippet kan betyde, at de kan være svære at få øje på (også for børnene). Ordningerne kan endvidere vise sig at være ustabile og svære at håndtere (hvem definerer eksempelvis hvilke børn, der har et reelt behov for en morgenbolle, og hvad skal der til for at falde ind under kategorien

⁴¹ Samtidig har Broen til bedre sundhed taget initiativ til projektet "Sund uddannelse" med 8 skoler i de to kommuner, hvor en af interventionerne tager udgangspunkt i, at alle børn får gratis adgang til frugt og grønt. <http://www.regionsjaelland.dk/Kampagner/broen-til-bedre-sundhed/Documents/Lighed%20i%20sundhed,%20pjece.pdf>

”værdigt trængende”?). Samtidig efterlyser flere medarbejdere, at der kommer større fokus på mad og madordninger – et emne vi vender tilbage til i næste kapitel.

Opsummering

I dette kapitel har vi beskæftiget os med de eksisterende sundhedspædagogiske indsatser, som fremgår af datamaterialet. Kapitlet har præsenteret en lang række forskellige indsatser, hvoraf nogle er organiseret fra centralt, kommunalt hold – enten på kommunens eget initiativ eller gennem statslige projekter. Langt de fleste initiativer, som medarbejderne rapporterer om, har dog en væsentlig mere lokal karakter og er opstået med udgangspunkt i lokale fagligheder og problemstillinger. Fælles for langt de fleste af de beskrevne projekter er, at de centrerer sig om den del af sundhedsarbejdet, som fokuserer på sociale og trivselsorienterede problemstillinger, hvilket kan hænge sammen med sammensætningen af respondentgruppen, men også kan være et udtryk for vægtningen i det kommunale arbejde. Endvidere er indsatserne kendetegnet ved, at projekter ofte opstår spontant på baggrund af initiativtagernes erfaringer. Der ligger således sjældent en udførlig analyse til grund for projekterne, ligesom der i mange tilfælde ikke forefindes projektbeskrivelser eller dokumentation af indsatsen i form af en grundig evaluering. Endelig medfører indsatsernes lokale karakter, at det er svært at danne sig overblik over området. Dette gælder både for os som eksterne beskuere men ligeledes for de kommunale medarbejdere, der ofte kun har et ganske perifært kendskab til de forskellige tiltag og initiativer på andre institutioner.

Hermed afsluttes rapportens præsentation af hovedresultaterne. I det følgende kapitel vil vi på baggrund af de foregående kapitler diskutere, hvilke mulige tiltag man kunne iværksætte i Lolland og Guldborgsund Kommuner for at forbedre det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde og derved potentielt reducere uligheden i sundhed for børn og unge.

DEL 3

- Fremtidige tiltag og forskning

Kapitel 9 – Forslag til fremtidige indsatser

I dette kapitel fremlægges forslag til en portefølje af aktiviteter rettet mod at fremme sundhed og mindske ulighed i sundhed for børn og unge. Porteføljen baserer sig naturligvis på de indsamlede data og analysen af disse. Desuden inddrages eksisterende viden om og undersøgelser af virksomme sundhedsfremmende interventioner. Endvidere er medarbejderne i spørgeskemaundersøgelsen såvel som i de kvalitative interviews blevet bedt om at give deres bud på, hvilke indsatser man efter deres vurdering burde videreudvikle eller opfinde. Disse tanker og idéer indgår også i kapitlet. Kapitlet fremsætter ni områder med forslag til ændring eller udvikling af sundhedspraksis. Forslagene er ikke et udtryk for en prioritering, ligesom kapitlet ikke tager stilling til hvilke forslag, der vil være størst effekt af at effektuere, eftersom dette må bero på en lokal afvejning. Kapitlet henviser endvidere til en række undersøgelser og rapporter, man kan lade sig inspirere af, såfremt man vælger at iværksætte nogle af de skitserede tiltag.

Forslag 1 - Implementering af lovgivning og instrukser i daglige praksis

Som det fremgår af kapitel 5, forefindes der øjensynligt ikke nogen klar og entydig sundhedsforståelse blandt kommunernes medarbejdere. Der er et vist omend muligvis noget overfladisk kendskab til kommunens politikker og dermed kommunens officielle forståelse af termer såsom sundhed, forebyggelse og sundhedsfremme, men datamaterialet indikerer, at politikkerne ikke rigtigt har fundet vej til praksis. Endvidere medfører det sparsomme kendskab, at måden hvorpå politikker og instrukser omsættes til konkret praksis varierer anseeligt. Der er tilsyneladende et væld af lokale fortolkninger og deraf praksisser med udgangspunkt i én og samme model. Flere medarbejdere peger i den forbindelse på behovet for en standardisering eller i det mindste en vis ensretning af den eksisterende praksis. Flere nævner, at en måde, hvorpå man kunne fremme en sådan standardisering, ville være gennem temadage, hvor man fik information om og samtidig lejlighed til at diskutere den nødvendige lokale tilformning af de officielle dokumenter. Imidlertid er det påvist adskillige gange, at information om kommunens politikker i sig selv sjældent fører til forandringer i handling (Winter og Nielsen 2008). Politikken skal rodfæstes i praksis, hvis det skal lykkes. Derfor er det nødvendigt, at temadage eller andre kommunale indsatser følges op på lokalt niveau, hvor medarbejdere får lejlighed til at udforme lokale politikker og deraf affødte handlinger (se forslag 7). Endvidere er et væsentligt kritikpunkt af de eksisterende officielle dokumenter, at de er for lange, for svære at forstå og for abstrakte.

Oversættelsesarbejdet bliver for kompliceret og opgives derfor. Det er derfor væsentligt at overveje, hvordan politikker, instrukser og redskaber på bedst mulig vis formuleres i et sprog, som medarbejderne i de kommunale institutioner kan koble sig på. Endelig er det værd at nævne, at man med fordel kunne gøre brug af de tværfaglige grupper i implementeringsarbejdet. Således viser datamaterialet, at Lolland Kommune er lykkedes med at aktivere de tværfaglige grupper om et overordnet emne – nemlig fravær – som alle grupper giver eksempler på at have arbejdet med efter ønske fra centralt hold. Dette er et

godt eksempel på, at de tværfaglige grupper kan være et vigtigt medierende redskab mellem centraladministrationen og den konkrete praksis. Dette forudsætter dog, at de tværfaglige grupper har den nødvendige kompetence og de nødvendige ressourcer (se nedenfor) til at støtte sådanne centralt initierede initiativer.⁴²

Opsummering af forslag 1: Handlinger i forhold til implementering af lovgivning og instrukser.

- Nedsæt en projektgruppe med deltagere fra centraladministrationen og praksis. Gruppen skal agere tovholder i arbejdet med at implementere og forankre politikker i lokal praksis.
- Vurder behovet for en sproglig revidering af eksisterende dokumenter.
- Øg kendskab til politikker og instrukser ved at involvere personalet i arbejdet med at skabe lokal fortolkning og forankring af officielle dokumenter.
- De lokale ledere må tage ansvar for processen, for derved at sandsynliggøre, at modellerne vinder passende genklang i institutionerne.
- Arbejdet skal have en målsætning om, at politikker og redskaber skal fremstå som meningsfulde for medarbejderne således, at de motiveres til at anvende dem i det daglige arbejde.
- Brug den tværfaglige gruppe som medierende ressource i implementeringsprocessen.

Forslag 2 – Skab overblik og systematik i det lokalt forankrede sundhedsfremmende arbejde

Som beskrevet i kapitel 8 er det svært for medarbejderne at danne sig et overblik over de forskellige forebyggende og sundhedsfremmende projekter, der allerede eksisterer og løbende implementeres lokalt. Af samme grund har man tilsyneladende også kun begrænset overblik over hvilke vidensressourcer, der forefindes i det kommunale system. I

Guldborgsund Kommune har Pædagogisk Psykologisk Center forsøgt at skabe et vist overblik over de forskellige aktiviteter gennem dokumentet "Tilbud til udsatte børn, unge og familier i Guldborgsund - 1. august 2013"⁴³, som forefindes på kommunens hjemmeside. Som titlen antyder, kan det dels være en udfordring at holde et sådan dokument opdateret, og samtidig fremgår de lokalt funderede initiativer ikke af dokumentet. Dette kan være et resultat af en principbeslutning, eftersom mange lokale initiativer ikke nødvendigvis bør

⁴² For inspiration om implementering af politik se (Vohnsen 2012 samt Rønnov og Marckmann 2010).

⁴³ http://www.guldborgsund.dk/~media/Borger/Boern_og_unge/Stoette_til_born_og_familier/Tilbud%20til%20brn%20unge%20og%20familier%20i%20GBS%20sep%202013.ashx

fremgå på kommunens hjemmeside omhandlende tilbud til *alle* kommunens borgere. Det kan også skyldes, at man fra centralt hold heller ikke har overblik over de mange forskellige initiativer. Derfor handler forslag 2 om at systematisere og skabe overblik over det lokalt forankrede sundhedsarbejde.

For det første er det væsentligt, at kommunen overvejer, hvorledes man bedst indsamler og fastholder viden om de forskellige igangsatte tiltag og initiativer. Hvem har viden om lokale tiltag? Hvor skal denne viden registreres og mangfoldiggøres? Hvem er ansvarlig for at opdatere kommunens samlede vidensbank? Det er imidlertid ikke tilstrækkeligt at beslutte sig for at indsamle lokalt forankret viden, eftersom denne viden (som tidligere beskrevet) sjældent er tilgængelig i anden form end som konkret praksis. Indsatserne er sjældent beskrevet, ligesom man kun i få tilfælde har dokumentation for indsatsens virkning. Et kommunalt overblik på dette område fordrer derfor (blandt andet), at de lokalt forankrede projekter synliggøres og dokumenteres. Dette forudsætter, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at planlægge, dokumentere og evaluere deres arbejde herunder at redegøre for, hvad formålet med projektet er, hvem der skal udføre arbejdet, hvilke succeskriterier der er for indsatsen, og hvordan man kan evaluere på disse kriterier. Selvom det kan virke som en unødigt bureaukratisering af det pædagogiske og sundhedsfremmende arbejde (Andersen et al. 2008), indikerer denne samt tidligere undersøgelser (EVA 2007), at det pædagogiske arbejde (herunder det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde) kan forbedres væsentligt gennem et øget fokus på planlægning, dokumentation og evaluering. Dette kan gøre på flere måder. Eksempelvis kan man udbyde kurser i projektstyring og dokumentation, eller man kan udpege enkelte nøglemedarbejdere, der kan fungere som "fødselshjælper" på projekter. Begge tilgange rummer fordele og ulemper og må bero på en strategisk vurdering og beslutning. Som ved forslag 1 kan man også i dette tilfælde overveje at bruge de tværfaglige grupper som en ressource, der kan opsamle og videreformidle viden om lokale projekter. Gruppen kan ligeledes (hvis man beslutter, at dette er en del af gruppens opgave) udpege et medlem til at fungere som tovholder og sparringspartner på de enkelte projekter og derved sikre den nødvendige dokumentation.⁴⁴

Opsummering af forslag 2. Handlinger i forhold til at skabe overblik og systematik i det lokalt forankrede sundhedsarbejde

- Skab overblik og viden (faglig såvel som praktisk) i kommunen vedrørende det sundhedsfaglige arbejde.
- Styrk projektledelse af det sundhedsfaglige arbejde.
- Styrk lokal forankring af planlægning, dokumentation og evaluering af lokale sundhedsfremmende projekter.
- Ansvarliggør de tværfaglige grupper i ovenstående arbejde.

Forslag 3 - Styrk de tværfaglige grupper: faglighed og retning

I kapitel 7 beskriver vi de tværfaglige gruppers praksis, og af kapitel 8 fremgår det, at mange medarbejdere i spørgeskemaundersøgelsen peger på de tværfaglige grupper som et velfungerende tiltag. Endvidere giver deltagerne i de kvalitative interviews udtryk for, at de tværfaglige grupper udfylder en vigtig position i det kommunale sundhedsarbejde, og samtidig giver deltagelse i grupperne medarbejderne mulighed for at mødes på tværs af fagopdelte arbejdsopgaver. Det tyder på, at det er vigtigt at være opmærksom på at bevare de gode sider ved det tværfaglige arbejde, som allerede eksisterer i dag. Imidlertid mener vi på baggrund af vores undersøgelse, at man kan pege på visse tiltag, der øjensynligt kan medvirke til at styrke de tværfaglige grupper og samtidig gøre dem til en mere central aktør i det kommunale sundhedsarbejde.

Først og fremmest kan der være en gevinst forbundet med i højere grad at rodfæste de tværfaglige gruppers arbejde i en overordnet strategi. Som nævnt i kapitel 7 har Lolland kommune allerede lavet en grundig beskrivelse af de tværfaglige gruppers arbejde, men som tidligere påpeget er det usikkert, om denne strategi er tilstrækkelig kendt og dermed integreret i gruppernes arbejde. Eftersom gruppernes medlemmer udskiftes løbende, kan det være en idé at gøre det til en del af gruppens kommissorium, at man med jævne mellemrum (eksempelvis en gang om året) brugte et møde på at diskutere gruppens måde at arbejde på - herunder gruppens arbejdsområde, formål samt idéer til, hvorledes man på bedste vis udnytter gruppens tværfaglige sammensætning⁴⁵. Ikke mindst kunne man bruge et sådant møde til at diskutere det teoretiske fundament for gruppens arbejde. Som tidligere nævnt er der ingen medarbejdere i interviewundersøgelsen, der fortæller, at de har forsøgt at skabe et fælles teoretisk udgangspunkt og dermed en fælles platform, som det tværfaglige arbejde kunne udvikle sig fra. Et sådant fælles udgangspunkt kunne tage udgangspunkt i spørgsmål så som: Hvad forstår vi ved sundhed? Hvilket børnesyn har vi? Hvilke teorier om børns udvikling baserer vi vores arbejde på? osv. Grupperne ser ud til at have en tendens til at springe sådanne diskussioner over for at komme i gang med "det rigtige arbejde". Imidlertid kan sådanne afklarende og afstemmende diskussioner medføre et kvalitetsløft i de tværfaglige gruppers konkrete arbejde – uanset om det er i forhold til specifikke bekymringsager eller et mere generelt forebyggelsesniveau.

Endvidere kan man overveje, hvorledes man sammensætter de tværfaglige grupper. De to kommuner har, som omtalt i kapitel 7, valgt forskellige strategier: Lolland Kommune har sammensat sine grupper således, at de dækker den samlede børnegruppe, mens Guldborgsund Kommune har opdelt de tværfaglige grupper ud fra to aldersgrupper (0-6 år

⁴⁵ Som nævnt i kapitel 7 er der en tendens til at tænke, at tværfagligt samarbejde nærmest kommer af sig selv, blot man placerer mennesker med forskellig faglighed i samme rum – en antagelse der langt fra altid viser sig at holde stik (Sandø et al. 2010).

samt 6-18 år). For Lolland Kommune medfører dette valg, at alle børnesager skal behandles i den samme gruppe. Imidlertid spores der ifølge interviewdeltagerne en tendens til, at dagpleje- og daginstitutionsområdet fylder væsentligt mindre end skoleområdet i de tværfaglige gruppers arbejde. Dette er uheldigt, eftersom forskning gentagne gange har pointeret vigtigheden af en tidlige og fokuseret indsats (Sundhedsstyrelsen 2011; Oldrup og Vitus 2011). Dette forhold påpeges ligeledes gentagne gange i interview såvel som i spørgeskemaundersøgelsen. Det synes således vigtigt at drøfte, hvordan man undgår, at fokus på de 0-6-åriges problemstillinger "drukner" i skolesnak. Datamaterialet giver ikke belæg for at konkludere, hvorvidt Guldborgsunds model for de tværfaglige grupper fungerer bedre, men i de kvalitative interviews kunne vi konstatere, at daginstitutionsområdet blev omtalt oftere i Guldborgsund end i Lolland, ligesom der i disse interviews er flere eksempler på interventioner på daginstitutionsområdet udsprunget af de tværfaglige gruppers arbejde.

I forlængelse af ovenstående kan man også overveje, hvem der skal lede de tværfaglige grupper. I den eksisterende organisering er det lederen (skolelederen i Lolland Kommune, Skoleleder/daginstitutionsleder i Guldborgsund Kommune), som leder mødet – indkalder til mødet, sender dagsorden ud og prioriterer i de relevante sager. I den forbindelse (særligt når gruppen dækker 0-18 år) kan man overveje, om det kunne være en fordel enten at lade lederskabet gå på skift eller at udpege en person, der dækker hele børnegruppen som gruppeansvarlig – eksempelvis sundhedsplejersken eller en PPR-medarbejder. Både teorier og erfaringer viser, at stram, fokuseret ledelse af en gruppes arbejde har betydning for kvaliteten af både processen og produktet (Kristiansen et al. 2005). Dette kan indikere behovet for uddannelse af, hvordan en tværfaglig gruppe kan ledes, hvis det tværprofessionelle aspekt skal udnyttes fuldt ud.

Et sidste punkt omhandler evaluering. Alle grupper fortæller samstemmende, at de kun i meget ringe omfang evaluerer deres arbejde. Denne evaluering består typisk i, at gruppen en gang om året snakker om, hvordan man har oplevet det forgange års arbejde i gruppen. Evalueringen omhandler således kun deltagernes oplevelse, mens andre mere objektive parametre ikke inddrages. Dermed er det i princippet vældigt vanskeligt for gruppens deltagere at vurdere kvaliteten af deres arbejde og dermed foretage justeringer og forbedringer. Evaluering har i denne sammenhæng en klar sammenhæng med spørgsmålet om mål og vision for gruppens arbejde (som beskrevet ovenfor). Således kunne gruppen med fordel overveje, når de diskuterer gruppens mål og strategi, hvorledes man vil vurdere, om man er kommet nærmere gruppens mål – altså om gruppens arbejde gør en reel forskel for sundhed og trivsel blandt børn og unge. Et sådant systematisk, opsamlende og dokumenterende arbejde ville endvidere lette gruppens bestræbelser på at opdage generelle tendenser i det konkrete sagsarbejde, hvilket i endnu højere grad ville sætte grupperne i stand til at igangsætte forebyggende og sundhedsfremmende initiativer med udgangspunkt i fremanalyserede tendenser og bevægelser i lokalområdet.

Opsummering af forslag 3: Handlinger i forhold til styrkelse af de tværfaglige grupper.

- Styrk de tværfaglige gruppers faglige fundament.
- Tydeliggør målet for de tværfaglige gruppers arbejde.
- Øg de tværfaglige gruppers fokus på de 0-6 årige.
- Systematiser dokumentationen af de tværfaglige gruppers arbejde.
- Evaluer de tværfaglige gruppers arbejde.

Forslag 4 - Styrk samarbejdet mellem kommunerne og almen praksis

Dette forslag baserer sig på konklusionen i kapitel 6 nemlig, at der fra såvel de alment praktiserende lægers som de kommunale medarbejders side er et ønske om at forbedre det eksisterende samarbejde. Samtidig har begge parter en oplevelse af, at den anden part ikke har samme ønske.

Der kan i den forbindelse sættes ind på mindst to fronter. For det første kan kommunerne overveje, om deres nuværende kommunikationsstruktur i tilstrækkeligt omfang understøtter samarbejdet mellem myndighedsafdeling og almen praksis. Således kan man i en kortlægning over formelle rammer for samarbejdet mellem kommune og almen praksis i Region Hovedstaden, foretaget af Forskningsenheden for Almen Praksis fra 2010, læse følgende:

Kortlægningen sætter fokus på en række specifikke strukturer, herunder kommunalt-lægeligt udvalg, lokalt lægelaug, kommunal praksiskonsulentordning samt enkelte andre strukturer, der kan understøtte samarbejde og kommunikation mellem kommune og almen praksis. Samlet set viser kortlægningen, at der trods forekomsten af en række formelle samarbejdsstrukturer i mange kommuner også er megen variation fra kommune til kommune i udformningen af disse strukturer (FAP 2010: 13).

Rapporten fra FAP pointerer videre, at de lokale variationer i kommunale kommunikationsstrukturer til almen praksis kan virke befordrende eller hæmmende for samarbejdet, uden at den enkelte kommune nødvendigvis har overblik over, om deres eksisterende struktur hæmmer eller fremmer samarbejdet. Datamaterialet giver ikke noget grundlag for at vurdere de eksisterende kommunikationsstrukturer i de to kommuner. Vi kan blot konstatere, at såvel kommunalt ansatte medarbejdere samt læger oplever, at der er behov for forbedring.

Dette indikerer, at der kunne være behov for at mødes og drøfte det eksisterende samarbejde. Imidlertid giver en ledende medarbejder i Lolland kommune udtryk for, at det er svært at få de praktiserende læger til at møde talstærkt op ved det årlige møde mellem

almen praksis og kommunen. Disse møder skulle ellers netop fungere som et forum, hvor man skulle kunne diskutere emner såsom samarbejdet. Det er derfor væsentligt at undersøge, hvorfor lægerne ikke prioriterer dette forum, og om og i givet fald hvordan man kan forøge fremmødet. Som nævnt i kapitel 6 indikerer vores undersøgelse, at viljen til gensidig dialog er til stede. Udfordringen er derfor at udforme nogle rammer inden for hvilke denne dialog kan udspille sig. En sådan undersøgelse kunne eventuelt basere sig på et dialogmøde med en mindre repræsentantskabsskare fra almen praksis.

Opsummering af forslag 4: Handlinger i forhold til samarbejde mellem kommuner og almen praksis.

- Analyser den eksisterende kommunale kommunikationsstruktur.
- Inviter repræsentanter for almen praksis til dialogmøde om forbedring af gensidig kommunikation og samarbejde.

Forslag 5 – Tidlig indsats, fokus på de yngste

Det følgende forslag omhandler indsatser, der fokuserer på de yngste børn. Som tidligere nævnt peger mange medarbejdere på, at man med fordel i højere grad, end tilfældet er i dag, kunne fokusere på de yngste børn. Nogle pointerer endvidere, at der efter deres mening er en skævvridning i måden, indsatsen prioriteres, hvor de fleste indsatser har skolebørnene som omdrejningspunkt, mens der bruges forholdsvis færre ressourcer på de helt små børn.

Jeg har været her i over 20 år, så jeg kan lidt karikeret sige, at alle er jo enige om, at jo tidligere og jo bredere og jo hurtigere vi går i gang med at få øje på de her børn og give dem det rigtige tilbud, jo billigere og bedre er det for alle parter. Trods gode erfaringer fra praksis og trods det forhold, at videnskaben peger på, at det er den eneste rigtige måde at angribe dette problem på, og trods de gode intentioner, så er det åbenbart meget svært at få løbet i gang i sådan en kompleks organisation som en kommune.

Citatet er blot et af mange, der peger på behovet for at allokere mere opmærksomhed og eventuelt også flere ressourcer til småbørnsområdet. Dette er væsentligt, eftersom vi i dag ved, at omsorg, stimulering, støtte og tilknytning i løbet af de første 18 måneder spiller en endog særdeles stor rolle for barnets senere sundhedsmæssige udvikling, eftersom disse faktorer influerer nervebanernes udvikling i hjernen og dermed barnets kognitive, sociale, og adfærdsmæssige evner (Pillas og Suhrcke 2009, Maggi et al. 2005). Samtidig påpeger Sundhedsstyrelsen, at en af de væsentlige årsager til såvel sociale forskelle samt ulighed i sundhed senere i livet kan tilskrives den kim, der lægges i den tidlige barndom (Sundhedsstyrelsen 2011a).

Der findes mange mulige indsatsområder for at mindske ulighed i sundhed gennem interventioner målrettet de yngste børn. I det følgende vil vi fremhæve to eksempler på sådanne indsatser.

Tilbud til sårbare gravide

Et område som flere medarbejdere (særligt sundhedsplejerskerne) peger på som et felt, man kunne udvikle yderligere i kommunerne, er det tværprofessionelle samarbejde rundt om de sårbare gravide. Således peger undersøgelser på, at interventioner målrettet forskellige elementer af det gravide pars liv, fra den gravide er omkring 10 uger henne og frem til omkring uge 30, er særligt effektive (Broden 2007, Marklund og Simic 2012).

Første skridt i arbejdet med at tilbyde særforanstaltninger til sårbare gravide er, at man finder frem til dem og gerne meget tidligt i forløbet. I en netop udgivet kortlægning af den kommunale indsats overfor sårbare gravide fastslår forfatterne, at den tidlige opsporing af de sårbare gravide og småbørnsfamilier er central for effekten af den udvidede indsats, som disse familier har behov for. I den forbindelse spiller såvel de almene tilbud hos praktiserende læge, jordemødre og sundhedsplejersken samt det tværsektorielle samarbejde mellem fødesteder og kommuner en central rolle. Forfatterne konkluderer, at kommunernes mulighed for at opspore sårbare gravide og småbørnsfamilier med fordel kan styrkes for at sikre, at målgruppen så tidligt som muligt modtager de tilbud, de har behov for (Andersson et al. 2014). Dette peger ligeledes tilbage til forslag 4, som netop pointerer vigtigheden af et forbedret samarbejde med almen praksis blandt andet vedrørende de sårbare gravide. Flere sundhedsplejersker i vores undersøgelse påpeger ligeledes, at de fra tid til anden oplever, at de først involveres i en sag efter graviditeten er afsluttet, hvilket medfører en længere responstid, inden den kommunale sundhedstjeneste bliver klar til at yde den nødvendige støtte. På denne vis går kostbar tid tabt jævnfør tidligere refererede undersøgelser.

Konkrete tiltag til sårbare gravide varierer fra kommune til kommune og kan inkludere såvel individuelle- som gruppeforløb. Den oftest tilbudte støtte er udvidede hjemmebesøg, men derudover findes der lokalt en række forskellige tilbud såsom familiekurser (se nedenfor), støttepersonordninger, babysimulatorer, terapeutiske forløb (individuelle eller par) m.m. I ovennævnte kortlægning af de eksisterende tilbud til sårbare gravide kan man endvidere læse, at det varierer fra kommune til kommune i forhold til i hvilken grad, der eksisterer et formaliseret samarbejde omkring de sårbare gravide og småbørnsfamilier internt i kommunen. Således samarbejder lidt under halvdelen af kommunerne ad hoc fra sag til sag,

hvorimod resten har en eller anden grad af formaliseret samarbejde (Ibid.) Kortlægningen peger på, at det formaliserede samarbejde ser ud til at have den største effekt.⁴⁶

Tidlig opsporing - fokus på det pædagogiske arbejde i daginstitutionerne

Et andet område man med fordel kan fokusere på i bestræbelserne på at reducere ulighed i sundhed er dagplejen og daginstitutionsområdet. I en større undersøgelse af socialt udsatte børn og unge i dagtilbud påpeger forfatterne, at der er en lang række muligheder for at forbedre de eksisterende tilbud. Rapporten fremhæver, at dagtilbuddene typisk varierer i deres fokus på socialt udsatte børn. Nogle institutioner arbejder ud fra den opfattelse, at socialt udsatte børn har de samme behov som alle andre børn, hvorfor der ikke skal tilrettelægges en særlig pædagogik for dem. De skal have den samme "normalpædagogik" som alle andre børn, men bare med mere opmærksomhed fra personalets side i form af en mere intensiv almenpædagogisk indsats. En anden holdning er, at de socialt udsatte børn skal tilbydes noget specielt, som er defineret ud fra deres helt særlige individuelle behov (Mehlbye et al. 2009: 9). Begge udgangspunkter rummer muligheder og problemstillinger, som det er vigtigt at forholde sig til. En vigtig pointe er imidlertid, at mange institutioner netop ikke har forholdt sig til problemstillingen. Opfattelsen af og dermed tilgangen til det pædagogiske arbejde målrettet socialt udsatte børn er noget, der er vokset frem gennem praksis fremfor et udtryk for en bevidst strategi. Forfatterne bag rapporten oplister en række interventionsforslag til forbedring af arbejdet med socialt udsatte i daginstitutioner. Vi vil ikke gennemgå forslagene her men blot henvise til rapporten.

Derimod vil vi til inspiration beskrive et andet projekt (Mehlbye 2013) omhandlende tidlig opsporing i daginstitutioner og dagplejer. Projektet tager udgangspunkt i fund fra tidligere undersøgelser (Mehlbye et al. 2011), som påviser, at et af problemerne i forbindelse med tidlig opsporing er, at kommunale medarbejdere ofte har modvilje mod at indrapportere bekymringer om et barn til myndighedsafdelingen i form af underretninger. Samme tendens spores i undersøgelsen bag denne rapport, hvor flere medarbejdere beskriver det som en succes, såfremt man kan undgå at gøre en bekymring til en "kommunal sag". Netop dette forhold kan også ses som en svaghed ved redskaber såsom GUSA og Handleguiden, der begge skal bruges i forbindelse med bekymringsager. Dette forhold kan medføre, at redskaberne først tages i brug, når medarbejderne er bekymrede og dermed parate til at starte en sag, der kan munde ud i en underretning. Men hvad vil det egentligt sige at være bekymret for et barn, og hvornår er noget bekymrende nok til at indlede en bekymrings sag? Sådanne spørgsmål, der i et vist omfang må bero på en subjektiv fortolkning, risikerer at

⁴⁶ Se endvidere Oldrup og Vitus (2011), der samler en oversigt over indsatser målrettet 0-3 årige indenfor områder såsom vanrøgt og tidligt forældreskab, eller Lausten et al. (2010), der præsenterer forskning fra udvalgte kommunale tilbud målrettet gruppen af 0-4 årige.

medføre, at der er en gruppe "usynlige" børn (de stille børn og de meget veltilpassede børn), som overses og derfor ikke får de påkrævede tilbud tidsnok grundet medarbejdernes velmenende intentioner og redskabernes indbyggede svagheder.

Derfor arbejder ovennævnte projekt med at flytte fokus fra bekymring til trivsel. Dette gøres (blandt andet) ved at indføre et såkaldt trivselsskema, som alle, der i dagligdagen er i kontakt med børn i alderen 0-10-år, regelmæssigt anvender. Dette skal sikre, at alle børn "ses", og at deres eventuelle manglende trivsel eller problemer opdages så tidligt som muligt i forløbet. Samtidig fungerer trivselsskemaet som omdrejningspunkt for den professionelle, faglige dialog, hvor der sker en drøftelse af børns signaler på eventuel manglende trivsel (Mehlbye 2013: 15-16). Forskerne konkluderer, at projektet (som endvidere indeholder en række andre tiltag) har medført, at man nu især opdager børn i risiko for at udvikle problemer meget tidligere. Denne børnegruppe er vokset i forsøgskommunerne, hvilket indikerer en større opmærksomhed og et større kendskab til disse børn blandt medarbejderne. Dette har endvidere medført, at sundhedsplejersker, dagplejere, pædagoger og lærere har fået mulighed for at sætte ind med tidlig støtte inden for de normale institutionelle rammer, hvilket i mange tilfælde har betydet, at barnet kan bevares i "normalmiljøet", og at problemerne ikke når at udvikle sig. Endvidere oplever forsøgskommunerne, at personalet i daginstitutioner og skoler præsenterer deres bekymringer omkring et barn meget tidligere end før. Fokus på trivsel synliggør således det bekymrende i de mindre åbenlyse tilfælde. Endelig er erfaringen, at flere helt små børn drøftes i de professionelle kredse (Ibid.: 67). Overordnet kan man på baggrund af ovenstående konstatere, at der kan opnås en betydelig effekt ved at allokere ressourcer til småbørnsområdet og samtidig overveje, hvorledes man mest hensigtsmæssigt støtter medarbejderne i såvel det pædagogiske som det opsporende arbejde.

Afslutningsvist vil vi henlede opmærksomheden på dagplejeområdet. Dagplejerne er ud over sundhedsplejerskerne i mange tilfælde de første kommunale medarbejdere, som møder barnet. Indsatser rettet mod de små børn bør derfor i høj grad også involvere dagplejemødrene. Imidlertid er denne personalegruppe fuldstændigt fraværende i vores undersøgelse og nævnes også kun i flæng af de øvrige medarbejdere. Samtidig forholder det sig således, at dagplejere typisk er den personalegruppe (i forbindelse med omsorgs- og udviklingsarbejde) med mindst uddannelse. Endvidere arbejder de ofte alene uden de store muligheder for faglig sparring og med udgangspunkt i eget hjem, hvor forældrene har deres daglige gang. Der er således ingen tvivl om, at dagplejen har nogle strukturelle forhold indlejret i deres arbejde, der vanskeliggør arbejdet med udsatte børn. Det vil derfor sandsynligvis kræve en målrettet indsats, der både inkluderer sparringsmuligheder og faglig opkvalificering, hvis dagplejen i endnu højere grad end tilfældet er i mange kommuner i dag, skal fremstå som en aktiv medspiller og første bølge i den tidlige indsats mod ulighed i sundhed. Imidlertid viser det ovenfor omtalte forskningsprojekt, at en sådan målrettet

indsats og en faglig opkvalificering af dagplejen kan medvirke til en væsentlig tidligere opsporing af børn med vanskeligheder, hvilket ligeledes kan medføre hurtigere og mere effektiv intervention.

Opsummering af forslag 5: Konkrete handlinger i forhold til fokus på de yngste.

- Fokuser på indsatsen målrettet sårbare gravide.
- Styrk samarbejdet mellem almen praksis, jordemødre og den kommunale sundhedspleje.
- Fokuser på arbejdet med de mindste børn.
- Find redskaber, der medvirker til tidlig opsporing.
- Øg kompetencer i dagplejen.

Forslag 6 - Fokus på familien

I dette afsnit vender vi blikket fra det individuelle barn og mod indsats, der fokuserer på hele familien. Som tidligere nævnt er der mange medarbejdere i spørgeskemaundersøgelsen såvel som i de kvalitative interview, der påpeger, at man i langt højere grad burde koncentrere indsatsen om hele familien fremfor på det enkelte barn. Mange rapporterer om en oplevelse af at lave symptombekæmpelse eller brandslukning, fordi man primært intervenserer på individniveau, mens mange af problemerne i deres øjne refererer til det samlede familiesystem. Derfor skal vi i det følgende beskæftige os med mere helhedsorienterede tiltag.

Familie GUSA

Et konkret forslag, som nævnes adskillige gange i datamaterialet, omhandler idéen om at omdanne kommunernes bekymrings- og sagshåndteringsredskaber fra en primær individuel orientering til en mere systemorienteret udgave. Helt konkret peger flere medarbejdere i Guldborgsund Kommune på muligheden for at omdanne GUSA eller udvikle en ny og supplerende GUSA – en såkaldt Familie-GUSA.

Det sidste, jeg lige er kommet frem til, er, at i virkeligheden burde vi ikke have en GUSA, men en "familie-GUSA". Fordi det drejer sig ikke bare om et barn, der er i vanskeligheder. Det er en familiesituation. Derfor burde vi i stedet omdøbe den eller lave den om, så det er en familie-GUSA, der var omdrejningspunktet. Nogle gange ser vi nogle familier, der har 22 forskellige aktører inde i familien, og det er jo totalt umuligt for familien at forholde sig til, og det er totalt umuligt for os 22 overhovedet at få et overblik over, hvem der gør hvad, hvornår og hvorfor.

Der er ikke fremkommet samme konkrete forslag i Lolland Kommune men tankerne om, at der pt. gøres for lidt på familieniveauet går igen i udtalelser fra medarbejdere i Lolland

Kommune. Om GUSA og Handleguiden er de bedste steder at sætte ind i forhold til denne problematik, føler vi os ikke i stand til at sige på baggrund af vores kontakt med kommunerne. Imidlertid mener vi med udgangspunkt i undersøgelsen, at der kunne være grund til at diskutere, hvorledes de kommunale systemer og redskaber understøtter et helhedsorienteret fokus på barnet og dets netværk, samt om der på den baggrund er behov for at videreudvikle de eksisterende redskaber eller udvikle nye, der kan imødekomme de af medarbejderne oplevede udfordringer. Lolland Kommune deltager allerede i et sådant forsøg målrettet udsatte familier. Af beskæftigelsesministeriets hjemmeside fremgår det at:

Formålet med forsøget er med udgangspunkt i en helhedsorienteret tilgang at sætte ind overfor hele familiens problemer, så den kan få hverdagen, økonomien og familielivet til at hænge sammen. Forsøget skal sikre en bedre trivsel for børnene og understøtte, at forældrene får større tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet⁴⁷.

Forsøget medfører blandt andet, at familien kun har én familieplan og én familierådgiver, hvilket på mange måder minder om tiltag efterspurgt af medarbejderne. Der synes således at være basis for at erfaringsudveksle mellem de to kommuner. Endvidere kan man overveje, om modellen kan udvides til i højere grad også at involvere frontmedarbejderne.⁴⁸

Forældreprogrammer

Ud over idéen om mere familieorienterede redskaber er der mange medarbejdere, der udtrykker et ønske om, at der etableres mere permanente tilbud til forældre. Nogle fortæller (som beskrevet i sidste kapitel), at de selv har taget lokale initiativer til at oprette forældregrupper, ligesom der (som ligeledes nævnt i sidste kapitel) er forsøg i gang med forældreklasser og aktiveringstilbud til unge mødre. Der er dog, så vidt vi er orienterede, ikke noget samlet kommunalt tilbud i de to kommuner. Man kunne derfor overveje, på samme vis som en række andre danske kommuner, at tilrettelægge en strategi, der fokuserer på at tilbyde støtte til forældre.

Sådanne forældreprogrammer falder typisk i to kategorier. Den ene gruppe er målrettet udsatte og stærkt belastede familier. Dette er programmer som "De utrolige år", "MST" og "FFT".⁴⁹ Programmerne er alle af Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen karakteriserede som

⁴⁷ <http://bm.dk/da/Aktuelt/Pressemeddelelser/Arkiv/2014/03/Ti%20kommuner%20for%20okonomisk%20stotte%20til%20helhedsindsats%20for%20udsatte%20familier.aspx>

⁴⁸ I forbindelse med emnet om den helhedsorienterede indsats vil vi endvidere henlede opmærksomheden på programmet "Åben dialog" (Seikkula 2008), som i disse år har stor succes i det psykiatriske system. Modellen rummer en række tiltag og idéer, som efter vores vurdering forholdsvis problemfrit kan overføres til andre kontekster og problemstillinger.

⁴⁹ Se Servicestyrelsens (2011) for yderligere information om evidensbaserede familieprogrammer.

evidensbaserede (Buus et al. 2012). De er typisk manualiserede og indeholder klare og konkrete instruktioner til de medarbejdere, der skal administrere programmerne⁵⁰. Programmerne har vist sig meget effektive i forbindelse med behandling af specifikke målgrupper (eksempelvis retter programmet "De utrolige år" sig især mod børn med adfærdsproblemer), mens effekten på den samlede børnegruppe af sådanne tiltag er mere usikker.⁵¹

Ud over disse programmer målrettet særlige grupper findes der også familieprogrammer, målrettet alle førstegangsfødende familier. Flere af de mest udbredte programmer er inspireret af den såkaldte Leksand model. Modellen har bl.a. været afprøvet i Holstebro Kommune under navnet "Familie med hjerte" med meget positive evalueringer til følge. Projektet søger at klæde alle førstegangsfødende og deres partnere på til at blive gode forældre, så deres børn får den bedst mulige start på livet. Sigtet er at sænke risikoen for at børnene som voksne ender på samfundets sidelinje som f.eks. psykisk syge, misbrugere, kriminelle eller langtidsledige. I dag er mere end 15 kommuner involverede i programmet og flere er på vej ind i programmet.⁵² En af fordelene ved "Familie med hjerte" er, at dette program tilbydes alle forældre, hvilket medfører, at forældre i risikogruppen ikke "tabes på gulvet", fordi de opdages for sent. Omvendt er der naturligvis en risiko for, at de mest ressourcetsvage forældre ikke tager imod et sådan mere alment tilbud, som kræver en vis indsats fra forældrenes side, ligesom der kan være forældre, der har behov for en mere intensiv indsats, end dette program tilbyder. Programmet er modsat de tidligere nævnte programmer ikke evidensbaseret, hvorfor det har været svært at finde politisk opbakning til Leksand-modellen. CBS har imidlertid foretaget en analyse af de økonomiske potentialer ved indførelsen af Leksand-modellen. Forskerne vurderer i den forbindelse, at det samfundsøkonomiske potentiale i hovedscenariet er 36.000 kr. pr. førstegangsmor over den betragtede periode. Dette medfører, at en kommune med eksempelvis ca. 350 førstegangsfødende om året vil have et nettopotentiale på ca. 12,6 mio. kroner ved indførelse af modellen⁵³ (Jacobsen og Kovsted 2012: 6-7).

⁵⁰ Socialstyrelsen indleder i foråret 2015 en større indsats under navnet "Tidlig indsats – Livslang effekt", hvor adskillige forældreprogrammer afprøves i partnerkommuner. Der er mulighed for at indhente inspiration og vejledning på styrelsens hjemmeside <http://socialstyrelsen.dk/born-og-unge/tidlig-indsats-livslang-effekt/om-forebyggelsespakken>

⁵¹ Holstebro Kommune har som en af de første kommuner i Danmark besluttet at indføre "De utrolige år" som gennemgående pædagogisk referenceramme i alle deres daginstitutioner målrettet den samlede børnegruppe. Der er dog endnu ikke foretaget en egentlig evaluering af dette tiltag, hvorfor man på nuværende tidspunkt ikke kan sige noget om effekten af initiativet (Jensen 2014).

⁵² <http://familieivaerksaetterne.dk/>

⁵³ Der er dog væsentligt at pointere, at forskerne påpeger, at analysens positive estimat imidlertid – trods en betydelig indsats for at underbygge og kvalificere antagelserne – stadig er et skøn, hvorfor konklusionen er behæftet med en vis usikkerhed.

Opsummering af forslag 6: Handlinger i forhold til at få mere fokus på familien.

- Udbyg de eksisterende redskaber med en familiedimension eller skab nogle nye familieredskaber.
- Involver relevante medarbejdere og videnspersoner i dette arbejde.
- Overvej fordele og ulemper samt de økonomiske rammer for at tilbyde egentlig forældreuddannelse til særlige målgrupper eller mere bredt til samtlige førstegangsfødende i kommunerne.

Forslag 7 – Kost og motion

Med dette forslag rettes fokus mod et klassisk område indenfor sundhedsarbejdet, nemlig to af de såkaldte KRAM- faktorer; kost og motion. Kost og motion fylder meget i medarbejdernes bevidsthed og indgår i mange af de eksisterende lokale indsatser, ligesom Broen til bedre sundhed (som nævnt i sidste kapitel) i øjeblikket gennemfører projektet ”Sund uddannelse”, som ligeledes tager udgangspunkt i forskellige initiativer, der centrerer sig om kost og motion. Vi skal ikke gentage anbefalinger, som allerede er sat i værk i kommunerne. I stedet vil vi pege på yderligere områder, hvor man i de to kommuner kunne arbejde med kost og motion.

Sundhedspolitikker på skoler og i institutioner

Flere medarbejdere fortæller, at de har diskuteret sund mad og sund levevis i skolen. Ved en stikprøvekontrol af hjemmesiderne for skolerne i Lolland- og Guldborgsund Kommuner har vi endvidere kunnet konstatere, at mange skoler har formuleret en egentlig kostpolitik, hvilket øjensynligt også gør sig gældende på daginstitutionsniveau. Imidlertid har vi ikke kunnet finde eksempler blandt de udvalgte folkeskoler på en lokalt formuleret sundhedspolitik.⁵⁴ Netop fordi det, som beskrevet i forslag 1, er vanskeligt at få kommunens officielle politik omsat til konkret praksis, kunne et effektivt sundhedsfremmende tiltag være at involvere medarbejderne i at formulere lokalt forankrede sundspolitikker med udgangspunkt i kommunens officielle politik. Dette ville dels tvinge medarbejderne til at sætte sig ind i og forholde sig til kommunens sundhedspolitik og samtidig overveje, hvad de forstår ved sundhed, og hvorledes de lokalt vil arbejde med at fremme sundhed. På denne måde kan man både forøge kendskabet til officielle politikker og samtidig målrette samt effektivisere det lokale sundhedsarbejde.

⁵⁴ Det skal dog retfærdigvis siges, at det forhold, at vi ikke har kunnet finde lokale sundhedspolitikker, ikke betyder, at sådanne politikker ikke forefindes. I så fald er det dog tankevækkende, at sundhedspolitikken ikke dukker op, når man i søgefeltet på skolens hjemmeside skriver ”sundhedspolitik”.

Kostordninger

Et område som omtales igen og igen i interviewene er mad til socialt udsatte børn, som ofte ikke har mad med i skole eller måske har en ganske utilstrækkelig madpakke med. Som nævnt i sidste kapitel forsøges dette problem ofte løst gennem diverse morgenmadsaftaler med SFO'en, ligesom flere skoler (som nævnt ovenfor) har kostpolitikker, der fokuserer på sund og billig kost i kantiner og boder. Problemet med købemad er naturligvis, at det, selvom det er billigt, koster penge, hvilket selekterer en gruppe børn og unge fra, som ikke har råd til at købe mad, eller som vælger at bruge deres madpenge på mindre sunde varer uden for skolens areal. Vi ved fra utallige undersøgelser, at der er en sammenhæng mellem kost og sundhed, men samtidig er vi også ved at blive opmærksomme på sammenhængen mellem kost og læring. Således konkluderer en rapport fra Københavns Universitet fra 2009, at man på baggrund af den eksisterende videnskabelige litteratur (som ifølge forskerne dog er temmelig begrænset), forsigtigt kan konkludere, at kosten har betydning for læringen hos danske børn, især fordi usund kost⁵⁵ kan have en negativ indvirkning på børnenes læringsparathed (KU 2009: 7). Manglende fokus på kost risikerer således også at øge de sociale uligheder i uddannelsessystemet, hvilket igen korrelerer med ulighed i sundhed (Diderichsen og Curtis 2008). Man kunne derfor overveje at indføre madordninger, der enten er gratis for alle børn eller tilbyde et socialt differentieret kosttilbud. Imidlertid findes der få af sådanne tilbud i en dansk sammenhæng, hvorfor der også kun findes få undersøgelser af ordninger med gratis skolemad. Danmarks Pædagogiske Universitetskole, Aarhus Universitet foretog i 2010 en evaluering af fire skolemadsprojekter. I deres konklusion kan man blandt andet læse følgende:

På baggrund af undersøgelsen konkluderes det, at skolemad åbner op for et læringspotentiale, og at eleverne uanset den påviste manglende kobling til undervisning har fået udbytte af skolemadsprojekterne. Potentialerne for gratis skolemad er at kunne bidrage til, at alle elever får et måltid mad, men barriererne er, at taler maden ikke til børnene, bliver den fravalgt. Der ligger også potentialer i et salgstilbud, men det må nøje overvejes, hvad det skal indeholde (Benn et al. 2010: 7, 110).

Der er således ikke fuldstændigt problemfrit at indføre kostordninger⁵⁶, og det er også en væsentlig økonomisk udgift, hvilket afspejler sig i en evalueringsrapport fra Odder Kommune. I Odder Kommune gennemførte man ligeledes et forsøg med gratis skolemad

⁵⁵ Med en usund kost forstås en kost, der afviger væsentligt fra de officielle kostråd og næringsstofanbefalinger.

⁵⁶ Et gratis skolemadstilbud for alle er dog etableret i nogle lande som eksempelvis Finland og Sverige, hvorfra man kan indhente megen viden om deres bestræbelser på at imødekomme problemer ved eksempelvis at tilgodese elevernes præferencer samt mulighederne for valg og fravalg af maden.

(Kajbjerg 2009). Evalueringsrapporten når frem til nogenlunde samme konklusioner som fremført i ovenstående citat nemlig, at børnene spiser mere og mere varieret som følge af madordningen, men at der samtidig er et stort madspil og dermed en vis økonomisk udfordring. Rapporten foreslår, at man følger op på forsøget ved at etablere en frivillig forældrefinansieret madordning for alle kommunens skoler sideløbende med, at der indføres frokostordninger i kommunens daginstitutioner.

Endelig vil vi pege på det nok så omtalte EAT-projekt i Københavns Kommune, hvor man har oprettet et tilbud med skolemad til alle børn. I den forbindelse har man gjort det muligt for de familier, der ikke har de nødvendige ressourcer til at købe maden i skolen, at søge om tilskud eller få maden gratis. I en evaluering fra 2012 (AAU 2012) vurderer forskerne, at denne tilskudsordning har været en succes, blandt andet fordi lærerne oplever, at elevernes læringsparathed og koncentrationsevne er blevet styrket gennem forsøgsperioden.

De samlede resultater fra diverse forsøg indikerer, at gratis skolemad får børn til at spise sundere, hvorfor man med rimelig sandsynlighed kan hævde, at sådanne tiltag vil have en positiv effekt på uligheden i sundhed, eftersom vi ved, at socioøkonomisk status korrelerer med overvægt blandt børn og unge (Rasmussen og Due 2011).⁵⁷ Endvidere indikerer de hidtil indsamlede erfaringer, at skolekost øger elevernes læringsparathed, hvilket ligeledes vil gavne socialt belastede børn, der overordnet set klarer sig dårligst i skolen (ibid.).

Vægtproblematikker

En redegørelse fra april 2014 dokumenterer, at særligt Lolland Kommune har massive problemer med overvægt blandt børn og unge, mens Guldborgsund Kommune (ganske interessant) kun ligger lidt over landsgennemsnittet (Lindhard 2014). I interviewene er der også flere medarbejdere, der fortæller, at overvægt er et massivt problem, som viser sig vanskeligt at håndtere. Flere fortæller, at de nuværende tilbud i deres øjne ikke slår til, eftersom de primært er målrettet det enkelte barn og i mange tilfælde består af at sende børn til diætist eller på julemærkehjem.

Jeg har et eksempel med en dreng, der er kommet på Julemærkehjem, fordi han var alt for overvægtig. Mens drengen var på Julemærkehjemmet, arbejdede en familiekonsulent med mor om vaner og hendes tanker om mad, og det har faktisk bevirket, at drengen et halvt år senere har fastholdt sin vægt. Normalt oplever vi ellers, at børnene kommer på Julemærkehjem, og taber 15 kilo, hvorefter de tager det hele på igen i løbet af et halvt års tid.

⁵⁷ Endvidere kan vi henvise til Center for Mad, krop og læring ved University College Lillebælt, der søger at styrke det mad- og måltidspædagogiske område ved at definere, udvikle og integrere det i pædagogers og læreres uddannelse og profession som et generelt lærings- og dannelsesprojekt. <http://ucl.dk/forskning-og-viden/videncentre/center-for-mad-krop-og-laering/>

Oplevelsen af tilbagefaldsproblematikker efter en tur på julemærkehjem deles af flere medarbejdere i interviewene. Ovenstående citat er imidlertid interessant, fordi det beskriver et lokalt initiativ, der fokuserede på mere end blot vægttabet – nemlig familiens vaner og livsstil. Dette harmonerer med den netop udsendte vejledning til Skolesundhedstjenesten om opsporing af overvægt og tidlig indsats for børn og unge i skolealderen, i hvilken man kan læse følgende:

I stedet bør indsatsen tage udgangspunkt i at fremme barnets/familiens sundhed ved, at man i samarbejde kortlægger uhensigtsmæssige vaner og justerer disse i et tempo, som familien kan imødekomme (Sundhedsstyrelsen 2014: 54).

Vejledningen anbefaler endvidere, at indsatser bør være tværfaglige og rettet mod hele familien. Enkelte kommuner har sådanne tilbud. Således har man i Københavns Kommune etableret et børnevægtcenter. BørnevægtCentret beskrives som et behandlingstilbud til svært overvægtige børn og unge og deres familie. Indsatsens kerneydelser er henholdsvis familiesamtaler til de 8-11 årige og familiegrupper til de 12-15 årige. I centret er der foruden en daglig leder ansat en børnelæge, en psykolog, en sundhedsplejerske, en sygeplejerske, to kost- og motionsvejledere samt en sundhedskonsulent. Endvidere er der et tæt samarbejde med den kommunale sundhedspleje. Den primære målgruppe for centret er børn fra udsatte familier. Et forløb har typisk en varighed på 1½-2 år. I en evaluering af BørnevægtCentret fra 2012 konkluderes det, at 71 % af behandlingsforløbene resulterer i en lavere BMI z-score, som er et udtryk for et fald i køns- og aldersspecifik BMI. Næsten samme resultat ses for fedtprocent (68 %). Der eksisterer ikke nogen opfølgende undersøgelse efter afsluttet forløb, men grundet forløbets forholdsvist ekstensive varighed samt dets helhedsorienterede fokus, vurderer man, at chancerne for at børnene fastholder vægttabet efter afsluttet behandling, er forholdsvist gode (Bæk-Sørensen og Pedersen 2013).

Selvom der muligvis ikke er ressourcer til at etablere et lignende tilbud på Lolland-Falster, kunne man godt lade sig inspirere af BørnevægtCentrets succes og herunder deres idéer om langvarige, tværfaglige indsatser målrettet hele familien.

Bevægelse i skole og fritid

Skolebørnsundersøgelsen fra 2010 dokumenterer, at børn og unge fra socialgruppe V og VI generelt dyrker mindre motion og sidder stille flere timer om ugen end andre børn og unge. De cykler ligeledes sjældnere i skole (Rasmussen og Due 2011). Derfor er det vigtigt at overveje, hvordan man kan sætte fokus på bevægelse i skole såvel som i fritiden. Motion kan styrke børn og unges selvværd. Især udsatte børn og unge kan have glæde af motion, viser en systematisk Campbell-forskningsoversigt (Ekeland 2004). Der er i forbindelse med den nye skolereform sat yderligere fokus på bevægelse i skolen, men flere medarbejdere i

undersøgelsen bag denne rapport fortæller, at der også er behov for at overveje, hvordan man kan udvide samarbejdet med de lokale idrætsklubber. Mange udsatte børn og unge vil gerne dyrke idræt i klubber, men opgiver enten af økonomiske grunde, eller fordi der ikke er den tilstrækkelige opbakning fra hjemmet (manglende hjælp til at komme til træning og kamp osv.). Der kan således være behov for at drøfte, hvordan man kan blive endnu bedre til hjælpe de socialt udsatte børnegrupper ind i de frivillige idrætsmiljøer.

Opsummering af forslag 7: Konkrete handlinger vedrørende kost og motion.

- Udarbejd lokale sundhedspolitikker på skoler og institutioner.
- Begræns elevernes mulighed for at forlade skolens område i skoletiden.
- Opstart forsøg med kostordninger på udvalgte skoler.
- Etabler en tværfaglig vægtenhed med fokus på familien.
- Udvid samarbejdet med og giv økonomisk støtte til lokale idrætsklubber, som gør en særlig indsats for at inkludere socialt udsatte børn og unge.

Forslag 8 - Udbyg samarbejde mellem myndighedsafdelingen og frontmedarbejdere

Som nævnt i kapitel 4 oplever medarbejderne til tider, at der er stor afstand mellem myndighedsafdelingen og frontmedarbejderne i kommunens institutioner. Samme oplevelse kan borgerne muligvis have. Derfor kunne man overveje, hvordan myndighedsafdelingen kan komme tættere på praksis og på borgerne. I det følgende giver vi to eksempler på projekter, der søger at imødegå denne udfordring.

Projekt Socialrådgiver i Dagtilbud

NIRAS har gennemført en evaluering af projektet "Socialrådgiver i Dagtilbud". Projektet har rod i den tidligere omtalte problemstilling vedrørende sene eller manglende underretninger fra det pædagogiske personale i dagtilbuddene. Projektet involverede 19 daginstitutioner fordelt på fem kommuner. Projektets målgruppe var udsatte børn og familier. Evalueringen viste, at det tættere samarbejde mellem pædagoger og socialrådgivere, der er en udløber af projektdesignet, resulterede i, at børnene var yngre, når der blev taget initiativ til dialog og handling. Projektet havde således god effekt på den tidlige indsats (se forslag 5). Dette tættere samarbejde medførte endvidere, at man udviklede et fælles fagligt sprog. Desuden fastslår evalueringsrapporten, at det pædagogiske personale i de 19 dagtilbud gennem sparring og videndeling med socialrådgiverne blev skarpere og mere præcise i forhold til at udarbejde en underretning på et barn – en kompetence der betyder en mere sammenhængende indsats mellem dagtilbud og myndighed samt en lettere sagsgang (NIRAS 2012). På baggrund af de positive erfaringer i de fem kommuner har NIRAS i

rapporten beskrevet en række anbefalinger til kommuner, der ønsker at igangsætte et lignende tiltag.

Skolesocialrådgivere

En række kommuner har eksperimenteret med skolesocialrådgivere. På Socialstyrelsens hjemmeside⁵⁸ beskrives, hvorledes tre kommuner (Hedensted, Slagelse og Thisted) har udviklet og afprøvet 3 forskellige modeller for en tidlig tværfaglig indsats med udgangspunkt i et udvidet samarbejde mellem skoler og myndighedsafdeling. Skolesocialrådgiverne, der indgår i projekterne, bliver typisk brugt af fagpersoner til vejledning og sparring i forhold til et barns trivsel, men de kan også yde konsultativ bistand til børn og forældre på skolerne. Alle tre kommuner rapporterer, at de hidtidige erfaringer med skolesocialrådgiverne har været yderst positive, men der er ikke på nuværende tidspunkt foretaget en egentlig effektevaluering af de tre projekter. Randers Kommune har imidlertid siden 2011 arbejdet med såkaldte fremskudte socialrådgivere, som virker på alle kommunens skoler og dagtilbud. I en evaluering af ordningen foretaget af Metodecenteret fremgår det, at det med den eksisterende praksis vurderes sandsynligt, at der kan opnås effekter i forhold til opsporing og tidligere indsats i almenområdet, eftersom de fremskudte socialrådgivere udfylder en efterspurgt funktion på skoler og i dagtilbud (Metodecentret 2013). Endvidere påpeger rapporten, at de fremskudte socialrådgivere opleves som mere tilstedeværende, end da familieafdelingens socialrådgivere deltog i de tværfaglige møder. På denne vis medvirker ordningen til at mindske den oplevede afstand mellem frontmedarbejdere og myndighedsafdeling (ibid.).

Opsummering af forslag 8: Udbyg samarbejde mellem myndighedsafdelingen og frontmedarbejdere.⁵⁹

- Påbegynd forsøg med fremskudte socialrådgivere i daginstitutioner og skoler.
- Påbegynd eventuelt forsøg med forskellige modeller eller med at vægte forskellige områder (skole/daginstitution) for derefter at sammenligne erfaringer.

⁵⁸ <http://www.socialstyrelsen.dk/born-og-unge/overgreb/forebyggende-arbejde/socialradgivere-i-skoler-og-dagtilbud>

⁵⁹ Sektorchefen for dagtilbud til børn i Lolland Kommune har i forbindelse med rapportens tilblivelse gjort opmærksom på, at Lolland Kommune allerede har socialrådgivere på skolerne. Det er imidlertid ikke en information, der fremgår af det eksisterende datamateriale. Således er dette tiltag hverken blevet nævnt af medarbejderne i spørgeskemaundersøgelsen eller i de kvalitative interviews.

Forslag 9 - Fysiske rammer der underbygger en sund og aktiv hverdag

Et sidste område, som skal nævnes i denne rapport, omhandler det fysiske miljø. Som tidligere nævnt er motion et område, der opprioriteres med den nye skolereform. Samtidig må man erkende, at det langt fra er alle skoler, der har et lokalt miljø, der fremmer aktivitet og fysisk udfoldelse. Derfor har Realdania, Lokale og Anlægsfonden samt Kræftens Bekæmpelse lanceret kampagnen 'Drøn på skolegården', som skal skabe ny viden om eksperimenterende tiltag, der nytænker og udfordrer det traditionelle billede af skolegården. Center for Interventionsforskning er ansvarlig for den forskningsbaserede evaluering af projektet, som blandt andet har deltagelse af Fjordskolens Byskoleafdeling i Nakskov. Projekterne forventes afsluttet i 2014, mens forskningsprojektet fortsætter frem til 2016. Imidlertid behøver man ikke vente på forskningsprojektets afslutning, før man begynder at diskutere udformningen af de nuværende fysiske rammer. Der bør naturligvis være en fortsat drøftelse af, hvorledes de eksisterende rammer kan optimeres i forhold til at understøtte leg og fysisk aktivitet. På 'Drøn på skolegårdens' hjemmeside⁶⁰ kan man finde en række forslag til nytænkning af 'aktiv arkitektur', ligesom hjemmesiden indeholder en række publikationer med viden om og inspiration til, hvordan man kan skabe rum for bevægelse.

Opsummering af forslag 9: Handlinger i forhold til rammer for en sund og aktiv hverdag.

- Nedsæt en arbejdsgruppe, der skal komme med konkrete forslag til modernisering af den eksisterende arkitektur på skoler og daginstitutioner.
- Nedsæt en ekspertgruppe med fokus på aktiv arkitektur, som skoler og daginstitutioner kan rekvirere forud for renoverings- og ombygningsopgaver.

På de følgende sider fremgår en liste over alle dette kapitels fremsatte forslag.

⁶⁰ <http://www.droen.dk/Pages/default.aspx>

Samlet oversigt over forslag

Forslag	Handlinger
Forslag 1: Implementering af lovgivning og instrukser i daglige praksis	<ul style="list-style-type: none"> - Nedsæt en projektgruppe med folk fra centraladministrationen og praksis. Gruppen skal agere tovholder i arbejdet med at implementere og forankre politikker i lokal praksis. - Vurder behovet for en sproglig revidering af eksisterende dokumenter. - Øg kendskab til politikker og instrukser ved at involvere personalet i arbejdet med at skabe lokal fortolkning og forankring af officielle dokumenter. - De lokale ledere må tage ansvar for processen for derved at sandsynliggøre, at modellerne vinder passende genklang i institutionerne. - Arbejdet skal have en målsætning om, at politikker og redskaber skal fremstå som meningsfulde for medarbejderne således, at de motiveres til at anvende dem i det daglige arbejde. - Brug den tværfaglige gruppe som medierende ressource i implementeringsprocessen.
Forslag 2: Skab overblik og systematik i det lokalt forankrede sundhedsfremmende arbejde	<ul style="list-style-type: none"> - Skab overblik og viden (faglig såvel som praktisk) i kommunen vedrørende det sundhedsfaglige arbejde. - Styrk projektledelse af det sundhedsfaglige arbejde. - Styrk lokal forankring af planlægning, dokumentation og evaluering af lokale sundhedsfremmende projekter. - Ansvarliggør de tværfaglige grupper i ovenstående arbejde.
Forslag 3: Styrk de tværfaglige grupper: faglighed og retning	<ul style="list-style-type: none"> - Styrk de tværfaglige gruppers faglige fundament. - Tydeliggør målet for de tværfaglige gruppers arbejde. - Øg de tværfaglige gruppers fokus på de 0-6 årige. - Systematiser dokumentationen af de tværfaglige gruppers arbejde. - Evaluer de tværfaglige gruppers arbejde.
Forslag 4: Styrk samarbejdet mellem kommunerne og almen praksis	<ul style="list-style-type: none"> - Analyser den eksisterende kommunale kommunikationsstruktur. - Inviter repræsentanter for almen praksis til dialogmøde om forbedring af gensidig kommunikation og samarbejde.
Forslag 5: Tidlig indsats, fokus på de yngste	<ul style="list-style-type: none"> - Fokuser på indsatsen målrettet sårbare gravide. - Styrk samarbejdet mellem almen praksis, jordemødre og den kommunale sundhedspleje. - Fokuser på arbejdet med de mindste børn. - Find redskaber, der medvirker til tidlig opsporing.

	<ul style="list-style-type: none"> - Øg kompetencer i dagplejen.
<p>Forslag 6: Fokus på familien</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Udbyg de eksisterende redskaber med en familiedimension eller skab nogle nye familieredskaber. - Involver relevante medarbejdere og videnspersoner i dette arbejde. - Overvej fordele og ulemper samt de økonomiske rammer for at tilbyde egentlig forældreuddannelse til særlige målgrupper eller mere bredt til samtlige førstegangsfødende i kommunerne.
<p>Forslag 7: Kost og motion</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Udarbejd lokale sundhedspolitikker på skoler og institutioner. - Begræns elevernes mulighed for at forlade skolens område i skoletiden. - Opstart forsøg med kostordninger på udvalgte skoler. - Etabler en tværfaglig vægtenhed med fokus på familien. - Udvid samarbejdet med og giv økonomisk støtte til lokale idrætsklubber, som gør en særlig indsats for at inkludere socialt udsatte børn og unge.
<p>Forslag 8: Udbyg samarbejde mellem myndighedsafdelingen og frontmedarbejdere</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Påbegynd forsøg med fremskudte socialrådgivere i daginstitutioner og skoler. - Påbegynd eventuelt forsøg med forskellige modeller eller med at vægte forskellige områder (skole/daginstitution) for derefter at sammenligne erfaringer.
<p>Forslag 9: Fysiske rammer der underbygger en sund og aktiv hverdag</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nedsæt en arbejdsgruppe, der skal komme med konkrete forslag til modernisering af den eksisterende arkitektur på skoler og daginstitutioner. - Nedsæt en ekspertgruppe med fokus på aktiv arkitektur, som skoler og daginstitutioner kan rekvirere forud for renoverings- og ombygningsopgaver.

Kapitel 10 – Forslag til fremtidige forskningsprojekter

I forrige kapitel har vi på baggrund af rapportens undersøgelse opsamlet en række forslag til mulige, fremtidige indsatser, der kan videreudvikle den faglige kvalitet på de områder, hvor vi i dette forskningsprojekt har fundet belæg for, at det vil være muligt at hæve kvaliteten af det forebyggende arbejde.

Forslagene er samlet under ni temaer, som alle kunne levere afsæt til konkrete problem- og praksisnære forskningsprojekter. Projekter, der vil have et klart udviklingsperspektiv i forhold til praksis indenfor en række vigtige felter med tæt sammenhæng til de måder, området omkring udsatte børn og unge håndteres på Lolland–Falster.

På et mere generelt niveau vil vi konkludere, at undersøgelsen har fremdraget fire brede problemtyper:

- For det første, at der hersker en betydelig usikkerhed omkring effekten af de mange forskelligartede tiltag, der bringes til anvendelse indenfor området udsatte børn og unge. Dette forhold baserer sig bl.a. på en sporadisk og usystematisk dokumentations- og evalueringspraksis.⁶¹ Man kunne også udtrykke det på den måde, at der savnes en stærk evalueringskultur. Eksempelvis dokumenteres og evalueres de tværfaglige gruppers arbejde kun i ganske begrænset omfang. Et væsentligt forskningsfelt kunne derfor være rettet mod de kvalitetssikringssystemer, der findes indenfor området, samt en systematisk analyse af den evidens, der allerede bliver skabt på baggrund af den aktuelle evaluering og dokumentation.
- For det andet, at koordineringen og organiseringen af det tværsektorielle- og tværfaglige samarbejde indenfor området er for svagt. I undersøgelsen viser dette sig eksempelvis i relationerne mellem de privatpraktiserende læger og den sociale sektor, samt i måderne de tværfaglige grupper fungerer på. En del af problemet synes her at være af mere praktisk karakter (det synes eksempelvis at være tilfældet i relationen mellem de privatpraktiserende læger og de øvrige felt). En anden del skyldes utvivlsomt, at man ikke i tilstrækkelig grad har udviklet en fælles, tværfaglig forståelses- og kommunikationsramme. Forskningens fokus kunne her være rettet mod mulighederne for i fællesskab at skabe effektive 'grænseobjekter', både i form af faglige forståelsesrammer og fælles mål.
- For det tredje, at der foreligger et skævt fokus for det samlede arbejde. Skønt der både forskningsmæssigt og praktisk synes at være belæg for, at de tidlige barneår har overordentlig stor betydning for både social og fysisk sårbarhed samt ulighed i

⁶¹ Det er væsentligt at gøre opmærksom på, at denne problemstilling ikke begrænser sig til Lolland og Guldborgsund Kommuner, men genfindes i langt de fleste kommuner.

sundhed, er der en del, der tyder på, at det alligevel er skoleområdet, og dermed de lidt ældre aldersgrupper, der tiltrækker sig mest opmærksomhed. Selvom det unægtelig er blevet sagt før, vil vi derfor også i denne sammenhæng pege på den tidlige indsats som et vigtigt fokusområde for både udviklingsaktiviteter og forskning.

- For det fjerde, at der forekommer at være en del svagheder forbundet med implementeringen af ny viden samt af nye organisationskoncepter i de to kommuner. Herunder en svag tilpassende operationalisering, en svag dokumentation og en svag evaluering. Hele implementeringen af ny viden og nye fremgangsmåder samt forfølgelsen af nye målsætninger på dette område kunne således med fordel gøres til genstand for forskning.

Disse fire perspektiver vil vi søge at udfolde yderligere i dette kapitel. Vi indleder med at skitsere forskellige forskningstilgange, og efterfølgende vil vi pege på, hvorledes disse forskningstilgange kan udfoldes i den konkrete praksis. Kapitlet rundes af med at diskutere mulige perspektiver i forbindelse med grundforskning inden for de af rapporten udpegede fokusområder.

Forskningsperspektiver og tilgange

Som beskrevet i kapitel 1, forefindes der en ganske omfattende viden om årsagen til ulighed i sundhed. De klare forskelle mellem børn fra de højere socialklasser og børn fra social klasse V og VI er veldokumenterede, ligesom vi har en rimelig forståelse af hvilke faktorer, der medvirker til at øge uligheden i sundhed for børn og unge. Derimod ved vi væsentligt mindre om, hvad vi skal gøre for at reducere denne ulighed. (Sundhedsstyrelsen 2011; Marmot et al. 2009; Helsedirektoratet 2012). Dette forhold påpeges også af Cambell instituttet, hvor lederen udtaler, at trods det øgede fokus på effektive sociale indsatser, er der fortsat enorme huller i vores viden: "Vi bliver stadig klogere. Og der er sket meget de senere år. Men vi står fortsat kun på de nederste trin af en lang trappe" (Reirmann og Andersen 2015).

I kapitel 9 fremlægger vi på baggrund af vores empiriske undersøgelse en række områder, hvor der med fordel kunne sættes fokus på at fremme sundhed og mindske ulighed i sundhed for udsatte børn og unge og deres familier i de to medvirkende kommuner. Langt de fleste af forslagene er af praktisk karakter. Derfor kunne man med fordel følge disse forslag op med en række forskningsaktiviteter, som kan favne denne praksisretning, nemlig handlingsrettet forskning. Handlingsrettet forskning kan beskrives som en praksis, hvor forskere udfører forskningsprocessen meget tæt på praksis og dermed mere eller mindre medvirker til at pege på og igangsætte forskningsbaserede handlinger, hvis mål er at forandre og udvikle praksis. I den handlingsrettede forskning er der i selve forskningsprocessen indbygget et lærings- og forandringsmoment. Det betyder, at forskningen sigter mod løbende at igangsætte læringsprocesser i sociale systemer (grupper, institutioner etc.). Kernespørgsmålet i handlingsrettet forskning er: "Hvordan kan lokale

aktører udvikle indsigter og handlinger ud fra viden, som tilegnes og formidles både under og efter forskningsprocessen?" (Launsø et al. 2014: 33). I det følgende vil vi kort beskrive tre forskellige retninger indenfor handlingsrettet forskning: praksisforskning, aktionsforskning og formativ evaluering.

Praksisforskning defineres af Uggerhøj (2011) som kritisk forskning, der beskriver, analyserer og udvikler praksis. Den bygger på et anerkendt teoretisk og forskningsmetodisk fundament samt på aktuelle erfaringer, viden og behov i praksis. Forskningsansvaret er placeret hos anerkendte forskningsinstitutioner og koblet op på et tæt og forpligtende lokalt samarbejde mellem forsker/forskningsmiljø og praksis i forhold til tilrettelæggelse, gennemførelse og formidling. Endvidere er praksisforskning knyttet til læreprocesser i praksis og baserer sig på deltagerorienterede og dialogbaserede principper. Det er således forskning hvis relevans og legitimitet ligger i udviklingen af praksis (Uggerhøj 2010).

*Aktionsforskning*⁶² er forskning, der søger at beskrive og afprøve design, der har fokus på at bidrage til faglig udvikling i kommunale organisationer. På baggrund af en given problemstilling indledes sådanne aktionsforskningsprojekter med en aftale mellem forskningens interessenter om, hvad målet med forandringen skal være, og hvordan et aktionsforskningsprojekt kan gennemføres. Her har aktionsforskeren typisk en meget aktiv rolle og påtager sig medansvar for at drive projektet og nå de opsatte mål. Aktionsforskning, som her beskrevet, er ikke kun rettet mod at udvikle det faglige arbejde i en snæver forstand, men også mod at bidrage til at bevæge den givne organisation i en bestemt retning. Processen tilrettelægges således, at problemstillingen "ejes" af aktionsforskeren og deltagerne i fællesskab, og der lægges vægt på et løbende samspil mellem forsker og felt om den viden og læring, der produceres undervejs (Kildedal og Laursen 2012).

Evaluering kan defineres som en systematisk, tilbageskuende (og fremadskuende) vurdering af processer, præstationer og effekter i offentlig politik (Vedung 1998). I *evalueringsforskning* ses en klassisk sondring mellem kontrol og læring. Evaluering, der fokuserer på kontrol, interesserer sig for, om et givent projekt når de opsatte mål. Evaluering med fokus på læring fremhæver evaluering som kilde til nytænkning, forbedring og metodeudvikling (Krogstrup 2006: 51).

Det vil føre for vidt i dette skrift yderligere at udfolde forskellene mellem de forskellige retninger inden for handlingsrettet forskning yderligere. Imidlertid gælder det for alle disse tilgange, at succesfuld forskning forudsætter klare aftaler om mål og rammer mellem forskningens interessenter (forsker, medforskere, deltager, aftagerorganisationer).

⁶² Bemærk at der forefindes mange forskellige aktionsforskningsretninger. Denne fremstilling er således ikke dækkende for samtlige variationer indenfor aktionsforskningspektret.

Nedenstående skema er et eksempel på, hvad der kan aftales i handlingsrettet forskning, herunder hvilke opgaver henholdsvis forsker og felt skal have.

Niveau for indsats	Deltagernes opgave <i>Udvikle praksis</i>	Fælles opgaver <i>Samarbejde, planlægge og styre</i>	Forskerens opgaver <i>Drive forskningsvirksomhed</i>
Basis-niveau	Levere data Medproducere ny viden Afprøve ny viden Omsætte viden til praksis	Formulere problemstillinger og mål – samt forskningstype Styre forskningsprocessen Løse modsætninger og konflikter Understøtte processen	Indsamle data Analyser data Levere ny viden Støtte omsætning af viden til praksis
Meta-niveau	Bidrage med forslag til hensigtsmæssige måder at igangsætte læreprocesser på	Analysere organisationen som lærende enhed: Planlægge og styre læringsstrategier	Give feedback på deltageres læreprocesser
Slut-niveau	Udvikle og videreudvikle praksis Planlægge den videre vurdering af arbejdet	Vurdere resultater, afslutte samarbejde mellem forsker og felt	Udvikle lokal og evt. generaliserbar viden

Figur 10.1: Samarbejde mellem forsker og felt (inspireret af Kildedal og Laursen 2012: 86)

Som det fremgår af skemaet ovenfor, skal feltet og forskeren dels blive enige om hvilken forskningsstrategi, der skal anlægges og dernæst i fællesskab formulere, hvad målet med forskningen skal være. Herefter har forskeren og feltet hver deres opgaver. Disse styres og behandles i samarbejde, som typisk vil være i form af en styregruppe nedsat til formålet.

I det følgende vil vi med udgangspunkt i ovenstående redegørelse give konkrete forslag til fremtidige forskningsprojekter.

Aktionsforskning, praksisforskning og evaluering – i praksis

Et område, der i udgangspunktet ville være velegnet til handlingsrettet forskning⁶³ i form af aktionsforskning eller praksisforskning er handleforslag 1 fra foregående kapitel, der omhandler implementering af lovgivning og instrukser i praksis. Som det fremgår af denne rapport, er der øjensynligt behov for at arbejde med dybere forståelse og implementering af lovgivning og lokale instrukser i den daglige praksis i begge kommuner. Her kunne udgangspunktet være enten et praksisforskningsprojekt eller et aktionsforskningsprojekt, hvilket vi vil udfolde nedenfor.

Lokalt udarbejdede instrukser skal bygge på den aktuelle lovgivning i forhold til det område, det drejer sig om, samt på de intentioner, der er i denne lovgivning. Det vil sige, at implementering af lovgivning og instrukser altid vil være knyttet til faglige krav - både i deres udformning og i udøvelsen af disse. Faglig udøvelse er en kompleks virksomhed, der kan defineres på følgende måde:

Under ansvar for lovgivningens krav og intentioner, den enkelte organisations mål og under hensyn til det enkelte fags etiske grundlag, at omsætte viden til konkret handling – i størst mulig samspil med den/dem, som indsatsen er rettet mod og gennem løbende systematiske refleksioner og skøn vælge, hvilke handling(er), der er relevant(e) i den konkrete sammenhæng.

Figur 10.2 - Faglig udøvelse (Kildedal 2013: 37).

Som det fremgår, kræver faglig udøvelse, at der tages hensyn til lovgivningens indhold og organisationens mål. Endvidere kræver det faglige arbejde med mennesket i centrum et klart etisk funderet udgangspunkt for enhver handling. Arbejdet med viden og etik i professionelle sammenhænge vil således altid være bundet af formelle regler og socialpolitiske målsætninger fra både centralt og lokalt hold. Det er imidlertid væsentligt at være opmærksom på, at det retsgrundlag (love og cirkulærer), der begrunder det socialfaglige arbejde, ofte ikke bare indeholder lovregler men også et ideologisk udgangspunkt, der dels har betydning for arbejdets udførelse, men som samtidig selekterer i forhold til den viden, der kan og skal inddrages. F.eks. er servicelovens ideologiske og etiske udgangspunkt bl.a., at barnet skal sættes i centrum, og at forældrene skal inddrages i størst mulig grad, hvilket sætter nogle specifikke krav til socialarbejderens viden og kompetencer for at leve op til dette ideal.

⁶³ Samme område kan imidlertid også gøres til genstand for mere grundforskningsorienterede aktiviteter, hvilket vi redegør for sidst i dette kapitel.

Ud over det lovgivningsmæssige og det etiske perspektiv kommer det faglige krav om at kunne begrunde sine handlinger ud fra relevant og opdateret viden. Disse hensyn må inddrages i et givent projekt, som det foreslås i handleforslag 1. Her foreslår vi at nedsætte en projektgruppe (styregruppe), som skal arbejde med at revidere eksisterende dokumenter og øge kendskabet til og omsætningen af disse. En sådan projektgruppe kunne f.eks. samarbejde med en eller flere forskere i et aktionsforskningsprojekt/ praksisforskningsprojekt. Begge tilgange ville kræve et design, hvor problemerne klargøres på baggrund af resultaterne i kapitel 3, hvorefter målet beskrives og indholdet i forskningsprojektet og samarbejdet i forløbet aftales jf. figur 10. Projektet kunne eventuelt fokusere på et specifikt område (skole eller daginstitution), ligesom det kunne have særlige mål. Forskningen ville i denne sammenhæng medvirke til en øget forståelse af de mekanismer, der skal fremme implementeringsprocessen og bibringe større viden om barrierer i et sådant implementeringsarbejde. På denne vis vil forskningen kunne medvirke til at kvalificere fremtidige lignende indsatser i en kommunal kontekst.

Et andet område, hvor aktionsforskning/praksisforskning kunne vise sig relevant, omhandler handleforslag 3, som beskæftiger sig med de tværfaglige grupper. Disse grupper har efter vores opfattelse et betydeligt udviklingspotentiale. Vores undersøgelse peger på, at der er store variationer i de tværfaglige gruppers arbejde, hvilket stemmer overens med vores erfaringer fra andre kommuners tværfaglige grupper. Af rapportens kapitel 7 fremgår det, at der er behov for at styrke de tværfaglige gruppers faglige fundament, ligesom der er behov for at styrke deres arbejdsformer således, at grupperne i højere grad udnytter mulighederne i den tværfaglige sammensætning i forhold til at fremme kvaliteten af deres arbejde. Som det også fremgår af kapitlet, kræver dette en stærk ledelse, som både kan lede arbejdsprocesserne og samtidig sikre, at gruppens faglige grundlag herunder værdigrundlag, vidensgrundlag og arbejdsmetoder præciseres. Hovedproblemet ved anvendelse af viden er for det første at finde frem til et fælles accepteret vidensgrundlag, dernæst at "oversætte" dette vidensgrundlag til konkrete handlinger. Aktionsforskning (og praksisforskning) udgør et bud på metoder, der kan bidrage til at fremme dette oversættelsesarbejde. Dette gøres som nævnt gennem aftaler, hvor praktikere indgår i et samarbejde med aktionsforskeren om at klargøre og videreudvikle det faglige grundlag og dermed bidrage til at arbejde mod at videreudvikle en videnbaseret praksis.

Ud over at klargøre det fællesfaglige grundlag, kræver en styrkelse af de tværfaglige gruppers arbejde efter vores vurdering også, at gruppernes arbejdsform udvikles. Dette refererer især til de tværfaglige gruppers holdning og tilgang til tværfagligt samarbejde. Vi har allerede i (kapitel 7) beskrevet, hvorledes man kan skelne mellem tværfaglighed og flerfaglighed. I forlængelse heraf skelner andre teoretikere mellem "tværprofessionalitet" og "fællesfaglighed" (Willumsen et al. 2009: 22). At arbejde tværprofessionelt kræver, at gruppen er engageret i at nå frem til en fælles beslutning i forhold til en given problemstilling. Denne beslutning skal hvile på integration af flere faggruppers kundskab og

færdigheder, hvilket nås gennem kontinuerte diskussioner og refleksioner, hvor man forhandler sig frem til enighed. I en sådan gruppe kan deltagerne godt variere fra gang til gang. For at opnå fællesfaglighed er kravet derimod, at gruppen skal bestå af faste medlemmer. For at opnå en fællesfaglighed, hvor gruppen producerer mere viden, end en enkelt faggruppe er i stand til, må gruppens medlemmer både have klart definerede fagfaglige vidensgrænser, men samtidig have vedtaget et fælles fagligt grundlag på tværs (f.eks. menneskesyn og udviklingspsykologiske forståelser). Desuden kræves arbejdsformer, der kan bidrage til at opnå en integreret faglighed og dermed en syntese af de forskellige fagfagligheder koblet til det fælles vedtagne vidensgrundlag (ibid.). De tværfaglige grupper, som denne rapport interesserer sig for, har en konstruktion, der muliggør fællesfaglighed som udgangspunkt for det tværfaglige arbejde. Dette forudsætter imidlertid, at grupperne tilføres viden og kompetencer, hvilket kunne ske gennem en handlingsrettet forskningsproces, der både skulle fokusere på, hvorledes man optimerer det tværfaglige samarbejde, samt hvilke resultater dette øgede fokus på tværfaglighed fører med sig i den lokale kontekst.

GUSA og Handleguiden

Ved at udvælge de to ovenstående områder, som begge handler om faglighed i det kommunale arbejde – politisk lovgivning og instrukser samt det faglige grundlag i de tværfaglige grupper – kan der i bedste fald opnås en synergieffekt, hvor forskningsindsatsen medvirker til at højne medarbejdernes generelle fokus på det faglige grundlag for deres praksisudøvelse. En sådan skærpelse af det faglige grundlag i de to kommuner kan også bidrage til, at de to kommuners bekymringsredskaber målrettet udsatte børn og unge, henholdsvis GUSA og Handleguiden, kan revideres og videreudvikles på et mere præcist fagligt grundlag. Det er vores erfaring, at man ofte i kommunal praksis forholder sig pragmatisk til inddragelsen af forskellige teoretiske og begrebslige referencer i redskaber som GUSA og Handleplanen. Der er ofte tale om en mere eller mindre frugtbar eklekticisme, hvor der trækkes på forskellige begrebslige ressourcer og tænkemåder med afsæt i de lokale forhold. Det viser sig ligeledes i en kortlægning foretaget af Region Midtjylland, at de kommunale aktørers begrebsbrug til tider kan være flertydig og delvist inkonsistent (Algren et. al. 2012). Det kunne således være en mulighed at iværksætte en større evaluering af de aktuelle værktøjer – vel at mærke en evaluering, som ikke blot skulle vurdere den aktuelle brug af redskaberne men ligeledes medvirke til at udvikle selvsamme redskaber. Iværksættes en sådan evaluering som en ”kæde af evalueringer”, kan evalueringen fungere som en formativ metodeudviklingsproces.

Endvidere peger vi i indledningen af dette kapitel på, at undersøgelsen giver adskillige eksempler på en svag dokumentations- og evalueringskultur blandt de kommunalt ansatte medarbejdere. Man kunne således etablere et projekt, som i første omgang undersøgte, om og i givet fald hvordan det evaluerende og dokumenterende arbejde kunne styrkes, for derefter i samarbejde med kommunens medarbejdere at igangsætte dette arbejde. Her

kunne der nedsættes en gruppe, der fik dette som opgave herunder også at komme med prioriterede forslag til en fremtidig evalueringspraksis samt hvilke projekter, der her og nu kunne indgå i forbindelse med en indledende afklaring af eksisterende kompetencer og fremtidige kompetenceudviklingsbehov. Arbejdet kunne ske i samarbejde med forskere med særligt kendskab til dokumentation og evaluering af pædagogisk og social arbejde.

Mulige temaer for grundforskning

Efter at have beskæftiget os med handlingsrettet forskning altså forskning, som først og fremmest sigter mod at ændre den eksisterende praksis, vil vi i det følgende beskrive initiativer, hvis udgangspunkt er forøgelse af viden og forståelse for givne fænomener – nemlig grundforskningsaktiviteter. Afsnittet indledes med et hybridforslag, der udover grundforskningsrelaterede aktiviteter ligeledes arbejder med et praksisforandrende sigte. Dette forslag fokuserer på samarbejdet mellem det kommunale system og almen praksis. Efterfølgende beskriver vi, hvorledes man i vores øjne med fordel kunne fokusere yderligere på at skabe større viden om og forståelse af det tværfaglige arbejde.

Almen praksis

Som tidligere skrevet mener vi, at man med fordel kunne gøre samarbejdet mellem de praktiserende læger og det kommunale område til genstand for grundforskning. Som beskrevet i rapporten oplever såvel de praktiserende læger som de kommunale medarbejdere, at samarbejdet de to systemer imellem lader meget tilbage at ønske. Vi har refereret til andre undersøgelser og afdækninger, som beskriver nogenlunde samme fænomen i andre kommuner. Det er således noget der tyder på, at samarbejdsproblematikker mellem kommune og almen praksis er et generelt problem på landsplan. Man kunne derfor overveje (eventuelt i samarbejde med Forskningsfonden for almen praksis⁶⁴) at lave en tværkommunal undersøgelse af samarbejds mønstre mellem almen praksis og den kommunale praksis for at identificere samarbejdsbarrierer og muligheder. En institution, som det er vigtigt at være opmærksom på i denne forbindelse, er den kommunale praksiskonsulent.⁶⁵ I såvel de to kommuner som i regionen har man allerede ansat praksiskonsulenter. Forskningsprojektet bør i forbindelse med afdækningen af de strukturelle forhold interessere sig for praksiskonsulenternes funktion og virke samt på

64

<http://www.regioner.dk/sundhed/fonde+vejledninger+og+databaser/forskningsfonde/forskningsfonden+for+almen+praksis>

⁶⁵ Den kommunale praksiskonsulent er en praktiserende læge, der er ansat af kommunen til at facilitere samarbejdet mellem kommunen og de praktiserende læger med praksis i kommunen. Praksiskonsulenten beskæftiger sig med organisatoriske spørgsmål i samarbejdet mellem almen praksis og kommune og er således tænkt som et medierende led, der skal smidiggøre dette samarbejde.

hvilken måde, praksiskonsulenterne fremadrettet kan medvirke til at styrke de spinkle samarbejdsrelationer.

Hvis almen praksis' særlige tilgang til børn og familier skal synliggøres og dermed indgå i den generelle udviklingsstrategi, er det endvidere nødvendigt at udrede og udvikle det strukturelle niveau og de bagvedliggende holdninger, forståelser og erfaringer. Et sådant forskningsprojekt kunne også inkludere et brugerperspektiv i form af patienters/borgeres oplevelse af samarbejdet mellem almen praksis og kommunen. Desuden ville det være relevant at undersøge, hvorfor de praktiserende læger ikke spiller en nævneværdig rolle i de tværfaglige grupper. Man kunne i den forbindelse interessere sig for at undersøge årsagerne bag dette fravær, samt hvad det i givet fald ville betyde, såfremt de praktiserende læger rent faktisk var til stede i det omfang, vejledningen tilsiger.

Endvidere kunne man følge et sådan initiativ op med et anvendt forskningsprojekt, der tog udgangspunkt i forslag 4 fra sidste kapitel i et forsøg på at styrke og målrette samarbejdet i en enkelt kommune – eksempelvis gennem dialogkonferencer (Frimann og Bager 2012). Erfaringer fra et sådan projekt, der både inkluderer en afdækning og et forsøg på en intervention, kunne danne udgangspunkt for en række anbefalinger til samarbejdsfremmende initiativer og muligheder.

Tværfagligt arbejde

Der er som tidligere nævnt meget begrænset forskning i de tværfaglige gruppers arbejde på trods af, at der i love og cirkulærer er store visioner om, hvilken betydning disse grupper kan have for det tværfaglige og tværsektorielle arbejde. Der foreligger en afsluttende rapport fra Region Midtjylland (Algren et.al. 2012), som er udarbejdet på baggrund af projektet: "Tværfagligt samarbejde – underretning og tidlig indsats". Rapporten identificerer eksisterende tværfaglige samarbejdsmodeller i alle landets 98 kommuner. Desuden præsenteres resultatet af gennemførte casestudier i 18 kommuner, der beskriver kommunernes praksis i forhold til implementering, forankring, organisering og håndtering af en række centrale problemstillinger - herunder problemstillinger i forhold til det tværfaglige samarbejde og arbejdet med "bekymringsager". Kortlægningen beskriver en række metodiske elementer i en tværfaglig samarbejdsmodel, som kan fungere handlingsanvisende og inspirerende for landets kommuners arbejde med den tidlige helhedsorienterede indsats. Kortlægningen konkluderer bl.a., at grundige og let tilgængelige handlevejledninger bidrager væsentligt til støtte for frontmedarbejdernes forebyggende arbejde, ligesom de sikrer ensartede procedurer i kommunen⁶⁶. I forhold til tværfaglige samarbejdsmodeller peger rapporten på nødvendigheden af, at flere faggrupper inviteres

⁶⁶ Hvilket endvidere kan ses som en yderligere begrundelse for vores tidligere forslag om en revidering af kommunernes interne instrukser.

og tilskyndes til aktivt at deltage i fagprofessionel rådgivning og bistand, samtidig med at der opbygges konstruktive procedurer for kontakt mellem socialforvaltning og frontmedarbejdere. En hurtig afklaring af bekymringsgraden og tilsvarende hurtig indsats på det rette niveau forebygger en eventuel forværring af barnets problemer. I forhold til den tidlige indsats peges på, at kvaliteten af en sådan afhænger af, at konkrete observationer beskrives, herunder beskyttelses- og risikofaktorer, at der er detaljerede vejledninger til afklaring af bekymringsniveauer og at der er tilhørende handlemuligheder til rådighed. Desuden peges på, at der er en stærk intern organisering vedrørende arbejdet med bekymringer og endelig, at der er et tværfagligt team til rådighed med råd og vejledning om bekymringens grad og lokale indsatser samt, at der er let adgang til fagpersoner med handlekompetencer.

I rapporten påpeges ligeledes, at det forebyggende arbejde foregår i en virkelighed præget af en række paradigmatisk strømninger, der er med til at skabe komplekse vilkår for den kommunale praksis. Det ses eksempelvis ved at et effektiviserende New Public Management-paradigme eksisterer side om side med et relationelt systemisk paradigme, der igen støder sammen med såvel et klassisk bureaukratisk procedureparadigme som et stolt fagprofessionelt paradigme (Algren et.al. 2012). Netop denne problemstilling peger forfatterne på som et felt, der kunne give anledning til en mere indgående undersøgelse der har fokus på de forskellige paradigmatisk sammenstød i den kommunale virkelighed.

At der er god grund til at forske i dette område illustreres ligeledes af en større undersøgelse af tværfaglige forskelle i problemforståelse og problemhåndtering baseret på vignet-metoden⁶⁷. Denne undersøgelse viser, at man i langt de fleste tilfælde ikke kan påvise nogen forskel eller kun meget små forskelle mellem de forskellige faggrupper (Ejrnæs 2004A). Som forskeren bag undersøgelse skriver, er "sandsynligheden for at være enig med ens egne fagkollegaer næsten den samme som sandsynligheden for at være enige med medarbejdere fra en anden faggruppe" (Ejrnæs 2004B: 111-121). Undersøgelsen viser også, at der på enkelte områder kan være forholdsvis store forskelle på faggruppernes holdninger, og i disse tilfælde er det tydeligt, at det er den forskellige uddannelse, de forskellige opgaver og den forskellige organisationskultur, der er karakteristisk for de enkelte professioner, som skaber disse forskelle. Således fører fagligheden ikke nødvendigvis til samme problemopfattelse og til samme mening om hvad, der bør gøres. Tværtimod viser undersøgelsen, at de største forskelle bygger på holdninger og ofte er baseret på private følelser og normer frem for faglige normer (Ejrnæs 2004A). Ejrnæs konstaterer, at sådanne subjektive forskelle er en uomgængelig del af det socialfaglige og tværfaglige arbejde.

⁶⁷ Metoden går ud på, at deltagerne i undersøgelsen efter gennemlæsning af en case skal besvare spørgsmål om deres opfattelser af og holdninger til de fænomener, der beskrives i casen. Denne type undersøgelse er særlig god til at afdække specifikke holdninger, dvs. holdninger til konkret beskrevne situationer og egenskaber ved de personer, der optræder i casen

Undersøgelsen konkluderer på den baggrund, at illusionen om, at man gennem lovgivning, uddannelse eller kvalitetssikring kan sikre ensartetheden, er skadelig og blokerer for, hvordan man konstruktivt skal forholde sig til de uomgængelige holdningsforskelle i socialt arbejde. Derfor, påpeger Ejrnæs, bør en reformulering af indholdet i fagligheden inkludere et krav om bevidsthed om og refleksion over de holdningsmæssige forskelle, en legitimering af holdningsmæssig uenighed og kompetence til at bruge denne forskellighed konstruktivt (Ejrnæs 2004A: 12).

Der er således mange gode grunde til at gennemføre grundforskning, der undersøger årsager til vanskelighederne med at implementere stærk faglighed både generelt og i de tværfaglige grupper herunder ikke mindst den kommunale organisations rolle som faglig fyrtårn, faglig formidler og kulturbærer. Endvidere kunne det være interessant at undersøge betydningen af de modsatrettede paradigmer, den kommunale praksis er præget af. En dybere forståelse af disse forhold kunne eksempelvis også bidrage med viden og forståelse i forhold til det storstilede forsøg, som Socialstyrelsen og Kommunernes Landsforening samarbejder om hvad angår at få alle kommuner til at anvende ICS og DUBU.

Nedenfor sammenfattes de i dette kapitel fremsatte forslag.

Handlingsrettet forskning:

- Lovgivning og instrukser
 - Nedsæt en projektgruppe (styregruppe), som i samarbejde med aktionsforskere skal arbejde med at revidere eksisterende dokumenter og øge kendskabet til og omsætningen af disse.
- Tværfaglige grupper
 - Klargør det fællesfaglige grundlag og eksperimenterer med gruppernes tværfaglige arbejdsform gennem en handlingsrettet forskningsproces, der både fokuserer på optimering af det tværfaglige samarbejde samt resultaterne af et sådant forbedret samarbejde.
- GUSA og Handleguiden
 - Iværksæt en formativ evaluering af de aktuelle redskaber, der sigter mod udvikling og forbedring. Inddrag eksperter, medarbejdere og borgere i dette evalueringsarbejde.
- Dokumentations- og evalueringskultur
 - Nedsæt en gruppe der undersøger, hvordan det evaluerende og dokumenterende arbejde kan styrkes i kommunerne. Udvælg pilotprojekter, der skal danne udgangspunkt for undersøgelsen af evaluerings- og dokumentationsformer.

Grundforskning:

- Almen praksis
 - Foretag en tværkommunal undersøgelse af samarbejds mønstre mellem almen praksis og den kommunale myndighedsafdeling. Udred det strukturelle niveau og de bagvedliggende holdninger, forståelser og erfaringer for på denne baggrund at pege på udviklingsmuligheder.
- Tværfagligt arbejde
 - Undersøg årsager til vanskeligheder med at implementere tværfaglighed i det kommunale arbejde både generelt og i de tværfaglige grupper.

Litteratur

Ahlgreen, B., Petersen, C.B., Balleby, M.S. og Johansen, L.N. (2012). *Kortlægning af modeller for tværfagligt samarbejde*. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.

Andersen, L.B. og Froberg, K. (2006) *Sundhedsmæssige aspekter af fysisk aktivitet hos børn - et treårigt forsøg i to kommuner ved København: Ballerup og Tårnby*. København: Sundhedsstyrelsen.

Andersen, P.Ø., Hjort, K. og Schmidt, L.S.K. (2008). *Dokumentation og evaluering - mellem forvaltning og pædagogik*. BUPL.

Andersson, S.G., Utzon, A., Muff, E.K., Hagensen, P., Meldgaard, T.H. og Guldager, E. (2014). *Udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier i Danmark - Kortlægning af eksisterende tilbud og fremtidsperspektiver på området*. Socialt Udviklingscenter og Det Obelske Familiefond.

Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium: At tåle stress og forblive rask*. Hans Reitzel

Benn, J., Carlsson, M. Nordin, L.L. og Mortensen, L.H. (2010). *Giver skolemad næring for læring? - Læringsmiljø, trivsel og kompetence*. Forskningsprogram for Miljø- og sundhedspædagogik, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole.

Broden, M.B. (2007). *Graviditetens muligheder*. Akademisk Forlag.

Buus, A.M., Grundahl, T.H., Hamilton, S.D.P., Rasmussen, P., Thomsen, U.N. og Wiberg, M. (2012). *Brug af evidensbaserede metoder i seks pædagogiske institutioner - Når evidens møder den pædagogiske hverdag. Rapport 3*. Institut for Læring og Filosofi – Aalborg Universitet

Bæksted, C., Meilstrup, C. og Nielsen, L. (2011). *Projekt Optur: Elevernes psykiske trivsel før og efter intervention på to skoler*. PsykiatriFonden og Forskningsgruppen for Børn og Unge Sundhed, FoBUS.

Bæk-Sørensen, A.S. og Pedersen, C.H. (2013). *Københavns Kommunes indsats til svært overvægtige børn og unge. Evaluering af børnevægtcentret*. Center for Interventionsforskning ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O.R. and Barnekow, V. (edit) (2012). *Social determinants of health and well-being among young people: Health behavior in School-Ages Children (HBSC) study. International report from the 2009/2010 survey*. World Health Organization.

Dalsgaard, L., Jensen, B., Kristensen, I., Thastrup, B. og Ziebell, B. (2006). *Du bestemmer manualen, nye sammenhænge, nye muligheder*. Ringkjøbing Amt, Roskilde Amt og Københavns kommune.

Danmarks Statistik (1997). *SOCIO Danmarks Statistiks Socioøkonomiske Klassifikation*. Danmarks Statistik.

Danmarks Statistik (2012). *Levevilkår, Tema: Måling af fattigdom*. Danmarks Statistik.

Diderichsen, F. og Curtis, T. (2008). De sociale forskelle i sundhed. I: Diderichsen et al. (red.). *Den tunge ende: Sandheden om ulighederne og uretfærdighederne i den danske model*. Dagens Medicin: 15-27.

Due, P., Johansen, A., Henriksen, P.E.W. og Rasmussen, M. (2007). *Sociale relationer og skolens betydning for social ulighed i adfærd og helbred*. I: Johansen, A., Holstein, B. og Andersen, A. M. N. (red.) Social ulighed i sundhed blandt børn og unge. Statens Institut for Folkesundhed.

Due, P., Diderichsen, F., Meilstrup, C., Nordentoft, M., Obel, C. og Sandbæk, A. (2014). *Børn og unges mentale helbred*. Vidensråd for Forebyggelse.

Duus, G.; Kildedal, K.; Laursen, E.; Husted, M. og Tofteng, D. (red.), *Aktionsforskning: en grundbog*. Samfundslitteratur.

Egelund, T. og Hillgård, L. (1993): *Socialrådgivning og social behandling*. Socialpædagogisk Bibliotek.

Ejrnæs, M. (2004). *Faglighed og tværfaglighed - Vilkårene for samarbejdet mellem pædagoger, sundhedsplejersker, lærere og socialrådgivere*. Akademisk forlag.

Ejrnæs, M. (2004). Myten om faglig enighed. *Uden for nummer - Tidsskrift for praksis, udvikling og forskning i socialt arbejde*. Vol. 5, Nr. 9: 3-14.

Ekeland E., Heian F., Hagen K.B., Abbott J. and Nordheim L. (2004). Exercise to improve self-esteem in children and young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. The Cochrane Collaboration.

EVA (2007). *Dokumentation i dagtilbud*. Danmarks Evalueringsinstitut.

Falgaard, L. og Lauridsen, S. (2008). *Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter*. Sundhedsstyrelsen.

Flachs L, Melgaard K. (1999). Tilslutning til børneundersøgelser og vaccinationer – et forsøg på at bedre tilslutningen. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, Vol. 77: 249-256.

Frimann, S. og Bager A. (2012). Dialogkonferencer. I Duus, G. Kildedal, K. Laursen, E. Husted, M. og Tofteng, D. (red.) (2012), *Aktionsforskning: en grundbog*. Samfundslitteratur: 193-204.

Groth, M.V., Christensen, L. M., Knudsen, V.K., Sørensen, M.R., Fagt, S., Ege, M. og Matthiessen, J. (2013). *Sociale forskelle: Børns kostvaner, fysiske aktivitet og overvægt & voksnes kostvaner*. DTU Fødevarerinstitutionen.

Gyldendal (2007). *Pædagogisk psykologisk ordbog*. København: Gyldendal.

Holstein, B. E., Parry-Langdom, N., Zambon, A., Currie, C., Roberts, C. (2004) Socio-economic inequality and health. In: Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O and Rasmussen, V.B. (edit). *Young people's health in context. Health behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey*. World Health Organization.

Helsedirektoratet (2012). *Helsedirektoratets årlige rapport om arbejdet med å reducere sosiale helseforskjeller. Folkehelsepolitisk rapport 2012*. Helsedirektoratet.

Holstein, H, Damsgaard, M.T, Henriksen, P.W, Kjær, C, Mailstrup, C, Nelausen, M, K, Nielsen, L, Rayce, S., B og Due P (2011). *Psykisk mistrivsel blandt 11-14-årige: Bidrag til belysning af skolebørns mentale sundhed*. Sundhedsstyrelsen.

Jacobsen, R.H. og Kovsted, J. (2012). *Samfundsøkonomisk potentiale ved indførelse af Leksand-modellen i Danmark*. CEBR – Centre For Economic and Business Research, Copenhagen Business School.

Jensen, V.B. (2014). Evidens. *Børn & Unge*, Vol. 16.: 11-23.

Jeppesen, K.J. & Nielsen, A. (1998). *Etniske minoritetsbørn i Danmark – det første leveår. Rapport nr. 2 fra forløbsundersøgelsen af børn født i 1995*. Socialforskningsinstitutionen.

Johansen, A., Rasmussen, S. og Madsen, M. (2006). Health behaviour among adolescents in Denmark: influence of school class and individual risk factors. In: *Scandinavian Journal of Public Health*, 34:32-40.

Johansen, A., Holstein, B. og Andersen, A. M. N. (red.)(2007). *Social ulighed i sundhed blandt børn og unge*. Statens Institut for Folkesundhed.

Kajbjerg, K. (2009). *Evaluering af forsøg med gratis skolemad på Randlev Skole*. Odder kommune: http://www.mmp-odder.dk/dokumenter/evalueringsrapport_forsog_skolemad_randsklev.pdf

Kildedal, K. og Laursen, E. (2012). Professionsudvikling – udvikling af professionel praksis gennem aktionsforskning. I Duus, G. Kildedal, K. Laursen, E. Husted, M. og Tofteng, D. (red.) (2012), *Aktionsforskning: en grundbog*. Samfundslitteratur: 81-96.

Kildedal, K: (2013). *Socialfaglig praksis i Danmark*. Introduktion i Kvello, Ø: *Børn i Risiko*. Samfundslitteratur

Klakk, H. (2013). *Body Composition and Cardiovascular Health in School-aged Children: The Childhood Health, Activity and Motor Performance School Study Denmark, An evaluation on the health effect of sports schools in the Svendborg Project*. Ph.d.-afhandling, Syddansk Universitet, Institut for Idræt og Biomekanik.

Kristiansen, V., Meibom, L. og Andersen, L. (2005). *Ledelse skal kunne ses, høres og føles* Tidsskrift for ARBEJDSLIV, 7. årg. nr. 1.: 92-100.

Krogstrup, H.K. (2006). *Evalueringsmodeller*. Systime.

Krølner, R. (2011). *“BOOST”: Frugt og grønt til 7. klasse*, Symposium. Center for Interventionsforskning.

KU (2009). *Udredningsopgave for Fødevarestyrelsen. Kostens betydning for læring og adfærd hos børn – en gennemgang af den videnskabelige litteratur*. Det Biovidenskabelige Fakultet. Københavns Universitet.

Larsen E. (2005). Samarbejd på tværs til sårbare barns beste. I: Lippe, A. og Wilkinson, S.R. (red.). *Risikoutvikling, tilknytning, omsorgsvikt og forebygning*. NOVA.

Launsø, L., Olsen, L. og Rieper, O. (2014). *Forskning om og med mennesker*. Nyt Nordisk Forlag.

Lausten, M., Mølholt, A-K., Hansen, H. Schmidt, L.H. og Aaquist, M. (2010). *Forebyggende foranstaltninger 0-4 år – Dialoggruppe om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 2*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Lindhard, M. (2014). Center for Landdistriktsforskning. *Overvægt blandt børn og unge i danske yderkommuner: Kommunale og frivillige indsatser*. Syddansk Universitet.

Lissau, I. (2006). *Forebyggelse af overvægt med skolen som arena*. Sundhedsstyrelsen.

Logan, S. and Spencer, N. (2000). Inequality and children's health. In: *Child: Care, Health & Development*. Vol. 26 Issue 1, p1-3.

Macfarlane, A. (2005). *What are the main factors that influence the implementation of disease prevention and health promotion programmes in children and adolescents?* World Health Organization, Europe.

Maggi, S., Irwin, L.G., Siddiqi, A., Poureslami, I., Hertzman, E. og Hertzman, C. (2005). *Knowledge Network for Early Child Development. Analytic and Strategic Review Paper: International Perspectives on Early Child Development*. WHO's Commission on the Social Determinants of Health.

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

Marmot, M., Atkinson, T., Bell, J., Black, C., Broadfoot, P., og Cumberlege, J. et al. (2010). *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review*. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010.

Mehlbye, J. (2013). *Opkvalificering af den tidlige indsats – ved tidlig opsporing af børn i en socialt udsat position*. København: KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Mehlbye, J., Andersen, J. og Hansen, M-B. H. (2011). *Opkvalificering af den tidlige indsats. Udvikling og afprøvning af opsporingsmodellen*. AKF, UdviklingsForum og EVA.

Mehlbye, J., Jensen, B., Nielsen, H., Thorgaard, T., Andersen, J. og Gundelach, S. (2009). *Socialt udsatte børn i dagtilbud – indsats og effekt. Sammenfattende rapport*. Anvendt Kommunal Forskning.

Metodecentret (2013). *Fremskudte socialrådgivere i Randers Kommune - Brobyggere mellem skoler, dagtilbud og myndighed?* Metodecentret – Center for Innovation og Metodeudvikling.

Nielsen, A., Borup, I. og Storr-Paulsen, A. (2007). *Social ulighed: Sundhedsvæsenets og de forebyggende ordningers betydning*. I: Johansen, A., Holstein, B. og Andersen, A. M. N. (red.) *Social ulighed i sundhed blandt børn og unge*. Statens Institut for Folkesundhed.

NIRAS (2012). *Socialrådgivere i Dagtilbud - Afsluttende evaluering*. Socialstyrelsen.

Nordin, L.L. (2013). *Fra politik til praksis - Implementering af kommunale sundhedsfremmeprojekter med fokus på kost & fysisk aktivitet fra et lærerperspektiv*. Ph.d.-afhandling. Aarhus Universitet.

Oldrup, H.H. og Vitus, K. (2011). *Indsatser over for udsatte 0-3-årige og deres forældre – en systematisk forskningsoversigt*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Ottosen, M.H., Andersen, D., Nielsen, L.P., Lausten, M. & Stage, S. (2010). *Børn og unge i Danmark – velfærd og trivsel*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Pillas, D. og Suhrcke, M. (2009). *Assessing the potential or actual impact on health and health inequalities of policies aiming to improve Early Child Development in England*. Working paper.

Rasmussen, M. & Due, P. (red.) (2011). *Skolebørnsundersøgelsen 2010*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Region Sjælland (2013). *Programgrundlag - Broen til bedre sundhed*, notat, Region Sjælland.

- Reirmann, J. og Andersen, T.K. (2015). Milliarder bliver brugt i blinde. *Mandag Morgen* 19.01.2015.
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*. Vol. 90: 24-31.
- Rønnov, L.P. og Marckmann, B. (2010). *Implementeringsforskning om forebyggelse – en baggrundsrapport*. Sundhedsstyrelsen.
- Sandø, N., Finke, K., Aabel, M.K., Kristensen, T. og Ziebell, B. (2010). *Sundhed på tværs*. Sundhedsstyrelsen.
- Schultz Jørgensen, P. (2002). Risikobørn i Danmark. *Social kritik*. Nr. 84: 98-110.
- Singhammer, J. et al. (2008): *Etniske minoriteters sundhed*. Center for Folkesundhed.
- Seikkula, J. (2008). *Åben dialog og netværksarbejde - Laplandsmodellen i psykiatri og socialt arbejde*. Hans Reitzels Forlag.
- Serviceoven (2014). *Lov nr. 1023 af 23. september 2014*. Retsinformation.
- Servicestyrelsen (2011). *Inspirationskatalog om Forældreprogrammer – 18 evidensbaserede indsatser til familiebehandling*. Servicestyrelsen.
- Simovska, V. og Jensen, J.M. (2012). *Sundhedspædagogik i sundhedsfremme*. Gads Forlag.
- Sundhedsloven (2014). *Lov nr. 1202 af 14. november 2014*. Retsinformation.
- Sundhedsstyrelsen (1995). *Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge*. Komiteen for sundhedsoplysning.
- Sundhedsstyrelsen (2005a). *Sundhed i kommunen – nye opgaver og muligheder*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2005b). *Terminologi: Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2007). *Evaluering af de forebyggende børneundersøgelser i almen praksis*. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet.
- Sundhedsstyrelsen (2008). *Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats 2008*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2011a). *Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser*. Sundhedsstyrelsen.

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

Sundhedsstyrelsen (2014). *Opsporing af overvægt og tidlig indsats for børn og unge i skolealderen. Vejledning til Skolesundhedstjenesten*. Komiteen for Sundhedsoplysning.

Thorsager, L., Børjesson, E., Christensen, I og Pihl, V. (2007). *Metoder i socialt arbejde – begreber og problematikker*. Socialforskningsinstituttet.

Uggerhøj, L. (2011). Theorizing practice research in social work. *Social Work and Social Science Review*. Vol. 15 (1): 49-73.

Uggerhøj, L. (2011). What is practice research in social work: definitions, barriers and possibilities. *Social work and society*. Vol. 9, Nr. 1: 45-59.

Vallgård, S. (2006). Hvad er social ulighed i sundhed? – om kategoriseringers betydning. I: Vallgård, S. og Koch, L. (red.). *Forskel og lighed i sundhed og sygdom – udfordringer, eksempler og perspektiver*. Munksgaard: 15-28.

Vedung, E. (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Studentlitteratur.

Vohnsen, N.H. (2012). Implementation and the delicate question of 'context'. *Mindlab, Reflections no. 1*: 1-13. http://mind-lab.dk/wp-content/uploads/2014/08/Reflections_no1_summary13062012.pdf

WHO (1948). *WHO definition of Health*. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

Williams B.C., Miller C.A. (1992). Preventive health care for young children: Findings from a 10-country study and directions for United States policy. *Pediatrics*, Vol. 9(5): 983-998.

Winter, S.C. og Nielsen, V.L. (2008). *Implementering af politik*. Hans Reitzels Forlag.

Wistoft, K og Grabowski, D. (2010). *Mental sundhed i skolen. Evidensbaseret grundlag for fremme af børns mentale sundhed*. Forlaget Lundtofte.

Wiuff, M.B. og Hansen, J. (2007). *Guide til planlægning af kommunale forebyggelsesindsatser*. Sundhedsstyrelsen.

AAU (2012). *Evaluering af EAT-tilskudsordning. Foodscapes, Innovation & Networks*. AAU København.

Bilag 1: Resultater af spørgeskemaundersøgelse, Guldborgsund Kommune

Hvilken kommune er du ansat i?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Guldborgsund Kommune	41	100,0	100,0	100,0

Hvad er din jobtitel kategorier

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid dagtilbud	19	46,3	46,3	46,3
Socialrådgivere	13	31,7	31,7	78,0
Andet	9	22,0	22,0	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Hvor længe har du været ansat i dette job?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0-3 år	9	22,0	22,0	22,0
4-6 år	9	22,0	22,0	43,9
7-10 år	8	19,5	19,5	63,4
Mere end 10 år	15	36,6	36,6	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Hvad er din uddannelse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pædagog	25	61,0	61,0	61,0
socialrådgiver	7	17,1	17,1	78,0
andet	9	22,0	22,0	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 indikatorer. - At barnet har et godt helbred uden symptomer, skader og alvorlig sygdom

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ikke valgt	29	70,7	70,7	70,7
	Valgt	12	29,3	29,3	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 indikatorer. - At barnet fungerer godt i relation til daginstitution eller skole

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ikke valgt	19	46,3	46,3	46,3
	Valgt	22	53,7	53,7	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 indikatorer. - At barnet fungerer godt i relation til venner

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ikke valgt	28	68,3	68,3	68,3
	Valgt	13	31,7	31,7	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 indikatorer. - At barnet fungerer godt i relation til familien (forældre og søskende)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ikke valgt	12	29,3	29,3	29,3
	Valgt	29	70,7	70,7	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 indikatorer. - At barnet fungerer godt i relation til øvrig familie (bedsteforældre m.m.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ikke valgt	40	97,6	97,6	97,6
	Valgt	1	2,4	2,4	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 indikatorer. - At barnet selv oplever at have et godt liv

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ikke valgt	17	41,5	41,5	41,5
Valgt	24	58,5	58,5	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 indikatorer. - At barnet generelt udviser god sundhedsadfærd

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ikke valgt	29	70,7	70,7	70,7
Valgt	12	29,3	29,3	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 indikatorer. - Andet:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ikke valgt	40	97,6	97,6	97,6
Valgt	1	2,4	2,4	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 indikatorer. - Ved ikke

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ikke valgt	41	100,0	100,0	100,0

Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 indikatorer. - Andet:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	40	97,6	97,6	97,6
er i trivsel	1	2,4	2,4	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Hvor stor en procentdel af de 0-18 årige børn og unge i kommunen kan efter din vurdering karakteriseres som en social og/eller sundhedsmæssig risikogruppe?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-10 %	4	9,8	9,8	9,8
	10-20 %	18	43,9	43,9	53,7
	20-30 %	9	22,0	22,0	75,6
	30-40 %	1	2,4	2,4	78,0
	40-50 %	1	2,4	2,4	80,5
	Ved ikke	8	19,5	19,5	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

I hvilken grad vurderer du, at man i dit faglige miljø oplever en sammenhæng mellem social ulighed (fattigdom, arbejdsløshed, manglende uddannelse hos forældre) og børns sundhed og trivsel?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I mindre grad	1	2,4	2,4	2,4
	I nogen grad	17	41,5	41,5	43,9
	I høj grad	23	56,1	56,1	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

I hvilket omfang er dit faglige miljø efter din vurdering bekendt med din kommunes officielle sundhedspolitik og dens intentioner i forhold til socialt udsatte børn og unge?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	3	7,3	7,3	7,3
	I mindre grad	9	22,0	22,0	29,3
	I nogen grad	19	46,3	46,3	75,6
	I høj grad	8	19,5	19,5	95,1
	Ved ikke	2	4,9	4,9	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

I hvilket omfang giver sundhedspolitikken efter din vurdering jeres faglige miljø et godt udgangspunkt for at arbejde med sundhedsfremmende aktiviteter målrettet socialt udsatte børn og unge?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	1	2,4	2,4	2,4
	I mindre grad	8	19,5	19,5	22,0
	I nogen grad	23	56,1	56,1	78,0
	I høj grad	2	4,9	4,9	82,9
	Ved ikke	7	17,1	17,1	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål har svaret ""Slet ikke"" eller ""I mindre grad"",
beder vi dig uddybe dette/disse svar:

>Sundhedspolitikken kan gradbøjes alt efter hvem der læser den. Politikkerne opstiller ikke mål for indsatsen men taler om hensigter.

Med de andre krav der stilles for vores område og de ressourcer der er at gøre godt med er det svært at have et godt udgangspunkt i arbejdet med sundhedsfremmende aktiviteter.

Oplever ikke at det er sundhedspolitikken der anvendes som primære udgangspunkt. det er børnepolitikken og vores tværfaglige samarbejdsmodel. Sundhedspolitikken bør nok udbredes mere p.g.a. manglende tidligindsats, tavshedspligter blokker bl.a. på grund af faggrænser, så for meget viden går tabt. godt at det kun ville være få personer der tog hånd om en familie i stedet er der alt for mange forskellige fagpersoner ind over, familier bliver tit mere forvirret af dette - hvem skal de tro på /rette sig efter

sundhedspolitikken omtales ikke i det daglige

Total

Hvilke faggrupper er efter din vurdering de primært ansvarlige for socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 faggrupper. - Privatpraktiserende læger

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ikke valgt	31	75,6	75,6	75,6
Valgt	10	24,4	24,4	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Hvilke faggrupper er efter din vurdering de primært ansvarlige for socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 faggrupper. - Sundhedsplejersker

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ikke valgt	5	12,2	12,2	12,2
Valgt	36	87,8	87,8	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Hvilke faggrupper er efter din vurdering de primært ansvarlige for socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 faggrupper. - Medarbejdere i daginstitutioner og skoler

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ikke valgt	4	9,8	9,8	9,8
Valgt	37	90,2	90,2	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Hvilke faggrupper er efter din vurdering de primært ansvarlige for socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 faggrupper. - Socialrådgivere i kommunal myndighedsafdeling

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ikke valgt	18	43,9	43,9	43,9
Valgt	23	56,1	56,1	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Hvilke faggrupper er efter din vurdering de primært ansvarlige for socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 faggrupper. - Opsøgende medarbejdere (SSP-medarbejdere, Familiekonsulenter m.m.)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ikke valgt	30	73,2	73,2	73,2
Valgt	11	26,8	26,8	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Hvilke faggrupper er efter din vurdering de primært ansvarlige for socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 faggrupper. - Andre

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ikke valgt	40	97,6	97,6	97,6
Valgt	1	2,4	2,4	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Hvilke faggrupper er efter din vurdering de primært ansvarlige for socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 faggrupper. - Ved ikke

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ikke valgt	41	100,0	100,0	100,0

Hvilke faggrupper er efter din vurdering de primært ansvarlige for socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 faggrupper. - Andre

kommer an på problemstillingen				
--------------------------------	--	--	--	--

Det er min vurdering at... - ... Vi i vores faglige miljø har fokus på socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I mindre grad	1	2,4	2,4	2,4
	I nogen grad	10	24,4	24,4	26,8
	I høj grad	30	73,2	73,2	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Det er min vurdering at... - ... Vi i vores faglige miljø har tilstrækkelig viden og kompetencer til at opspore og identificere tegn på dårlig trivsel hos socialt udsatte børn og unge.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I nogen grad	20	48,8	48,8	48,8
	I høj grad	21	51,2	51,2	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Det er min vurdering at... - ... Vi i vores faglige miljø har tilstrækkelig viden og kompetencer til at arbejde med sundhedsfremmende aktiviteter målrettet socialt udsatte børn og unge.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I mindre grad	10	24,4	24,4	24,4
	I nogen grad	23	56,1	56,1	80,5
	I høj grad	8	19,5	19,5	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Det er min vurdering at... - ... Vi i vores faglige miljø deltager i kompetenceudviklingsaktiviteter, der helt eller delvist beskæftiger sig med forhold omhandlende socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I mindre grad	9	22,0	22,0	22,0
	I nogen grad	23	56,1	56,1	78,0
	I høj grad	7	17,1	17,1	95,1
	Ved ikke	2	4,9	4,9	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Det er min vurdering at... - ... Vi i vores faglige miljø involverer den samlede forældregruppe i indsatsen for sundhedsfremmende aktiviteter målrettet socialt udsatte børn og unge.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	4	9,8	9,8	9,8
	I mindre grad	15	36,6	36,6	46,3
	I nogen grad	18	43,9	43,9	90,2
	I høj grad	1	2,4	2,4	92,7
	Ved ikke	3	7,3	7,3	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Det er min vurdering at... - ... Vi i vores faglige miljø har tilstrækkelig viden og kompetencer til at støtte og hjælpe forældrene til udsatte børn og unge i forhold til at fremme deres børns sundhed og trivsel.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I mindre grad	9	22,0	22,0	22,0
	I nogen grad	22	53,7	53,7	75,6
	I høj grad	8	19,5	19,5	95,1
	Ved ikke	2	4,9	4,9	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Det er min vurdering at... - ... Vi i vores faglige miljø anvender vores viden og kompetencer til at hjælpe forældre til udsatte børn og unge i forhold til at fremme deres børns sundhed og trivsel.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	1	2,4	2,4	2,4
	I mindre grad	4	9,8	9,8	12,2
	I nogen grad	19	46,3	46,3	58,5
	I høj grad	16	39,0	39,0	97,6
	Ved ikke	1	2,4	2,4	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Det er min vurdering at... - ... De eksisterende tiltag på min arbejdsplads rettet mod sundhed og trivsel for socialt udsatte børn og unge er tilstrækkelige.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	4	9,8	9,8	9,8
	I mindre grad	11	26,8	26,8	36,6
	I nogen grad	25	61,0	61,0	97,6
	Ved ikke	1	2,4	2,4	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål svarede ?Slet ikke? eller ?I mindre grad?,
prøv at uddybe dette/disse svar:

der er mere fokus på samtalen som det redskab, til at fremme børns trivsel og udvikling
 Forældregruppen bliver individuelt guidet. Bestyrelsen rammer kun emnet gennem kostpolitikken.
 Jeg mener vi kan blive meget bedre til forældresamarbejde- og involvering. Dette fordrer fokus på
 opkvalificering/opdatering af medarbejderne.
 Jeg tror vi er bevidst i vores børnesager om børns trivsel, men sundhed bliver efter min vurdering ikke
 vægtet nok.
 På trods af både madordning/sund kostpolitik, udeliv og høj grad af viden om udsatte børn generelt -
 godt samarbejde med andre fagpersoner (sundhedsplejen, PPC, skole, socialrådgivere m. fl.) ser vi
 flere og flere dårligt fungerende børn og forældre
 Vi har ikke altid de rette kompetencer. Kompetenceudvikling og uddannelse er ofte i risiko for en
 nedprioritering i perioder med besparelser
 Vi har ikke direkte afholdt forældremøder med dette på dagsordenen. Men naturligvis drøfter vi
 børnenes trivsel når vi har forældresamtaler. Dette gælder alle børn mindst to gange i deres
 børnehaveforløb. Vi afholder forældresamtaler efter 3 måneder og igen inden skolestart. Derudover
 efter behov.
 Viften med tilbud til børn/unge og deres forældre er ikke stor nok - den skal være mere tilrettet den
 enkelte familie og deres problemstillinger
 Total

Hvor længe har du været ansat i kommunen?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0-3 år	8	19,5	19,5	19,5
4-6 år	3	7,3	7,3	26,8
7-10 år	10	24,4	24,4	51,2
Mere end 10 år	20	48,8	48,8	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Spørgsmål om Guldborgsund Kommunes børne- og ungepolitik - Er det din vurdering, at indholdet i kommunens børne- og ungepolitik er velkendt i dit faglige miljø?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Slet ikke	2	4,9	4,9	4,9
I mindre grad	5	12,2	12,2	17,1
I nogen grad	23	56,1	56,1	73,2
I høj grad	10	24,4	24,4	97,6
Ved ikke	1	2,4	2,4	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Spørgsmål om Guldborgsund Kommunes børne- og ungepolitik - Er det din vurdering, at I anvender børn- og ungepolitikken aktivt i dit faglige miljø?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Slet ikke	1	2,4	2,4	2,4
I mindre grad	8	19,5	19,5	22,0
I nogen grad	23	56,1	56,1	78,0
I høj grad	8	19,5	19,5	97,6
Ved ikke	1	2,4	2,4	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål har svaret ""Slet ikke"" eller ""I mindre grad"", beder vi dig uddybe dette/disse svar:

<p>Børnepolitikken har ikke været revideret i en længere periode, og der er ikke særlig stort fokus på specielt børn- og unge politikken. i stedet arbejdes der med særlige indsatsområder som sprog og inklusion.</p> <p>Det er ikke noget der drøftes hverken i afdelingen eller på de tværfaglige miljøer</p> <p>Det er ikke noget vi sådan taler om. Vi har dog på et tidspunkt talt om at den er meget bred.</p> <p>det er politikere der har lavet politikken og det bære den præg af. det er flere forskellige partier der har lavet et kompromi og der for er der ikke opstillet direkte mål eller krav til os. Men en masse udsagn som vimalle kanleve op til.</p> <p>jeg har kenskab til der er en børnepolitik, men i det daglige er der mere focus på at overholde lovgivningen samt anvende ICS modellen,</p> <p>Total</p>

Er det din vurdering, at der foregår en tidlig koordineret indsats?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I mindre grad	5	12,2	12,2	12,2
	I nogen grad	27	65,9	65,9	78,0
	I høj grad	8	19,5	19,5	97,6
	Ved ikke	1	2,4	2,4	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Er det din vurdering, at familien inddrages i det omfang børne- og ungepolitikken kræver?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I mindre grad	7	17,1	17,1	17,1
	I nogen grad	22	53,7	53,7	70,7
	I høj grad	8	19,5	19,5	90,2
	Ved ikke	4	9,8	9,8	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål har svaret ""Slet ikke"" eller ""I mindre grad"",

beder vi dig uddybe dette/disse svar:

<p>Forældrene børn stilles meget mere til ansvar end de gør i dag. Mål for familien o.lign mangler.</p> <p>har ikke selv været sagsbehandler for nogen, hvor det er sket</p> <p>Jeg oplever at det kniber med at få forældrene med på banen. Kunne godt ønske mig at personalet blev bedre til dette. Det er en fælles opgave for både personale og forældre. Jeg arbejder på sagen.</p> <p>Total</p>

Er det din vurdering, at personalet i dit faglige miljø er dygtige nok til at foretage en tidlig indsats?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I mindre grad	6	14,6	14,6	14,6
	I nogen grad	22	53,7	53,7	68,3
	I høj grad	13	31,7	31,7	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Er det din vurdering, at kommunen lever op til sin ambition om målrettet at dygtiggøre frontpersonalet?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Slet ikke	1	2,4	2,4	2,4
I mindre grad	12	29,3	29,3	31,7
I nogen grad	24	58,5	58,5	90,2
I høj grad	1	2,4	2,4	92,7
Ved ikke	3	7,3	7,3	100,0
Total	41	100,0	100,0	

**Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål har svaret ""Slet ikke"" eller ""I mindre grad"",
beder vi dig uddybe dette/disse svar:**

Bemærkelsesværdigt at komunaldirektøren laver en gruppe fra skoleområdet til at lave tidlig indsats. tidlig indsats er dagtilbud?

Der er ikke nok uddannelsesmuligheder for personalet på områderne for tidlig indsats

Der er ikke store muligheder for kurser - det er ej heller noget der opfordres til at deltage på/i

Der har været større fokus på at uddanne lederne eksempelvis i forhold til inklusion, hvor målet er at lederne herefter skal stå i spidsen for den forandringsproces som skal ske ude i dagtilbuddene.

Jeg kunne godt tænke mig at der var mere fokus på at uddanne personalet i forhold til f.eks. forældresamarbejde.

Jeg mener, at der skal sættes meget mere ind med uddannelse af frontpersonalet.

ved ikke

Vi har ikke den nødvendige fokus på kompetenceudvikling. Det bør prioriteres højere i både budgettet og i de prioriteringer vi foretager tidsmæssigt

å nogle felter - sprog og motorik er der en fin indsats og løbende tilbud om kurser, uddannelse og optimeringsmøder - ligesom inklusion har været et løbende tema. Men på mentalt - og socialt udsatte børneområdet er det en stor mangelvare

Total

I hvilken grad vurderer du, at jeres faglige miljø lever op til dette?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I mindre grad	5	12,2	12,2	12,2
I nogen grad	20	48,8	48,8	61,0
I høj grad	14	34,1	34,1	95,1
Ved ikke	2	4,9	4,9	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål har svaret ""Slet ikke"" eller ""I mindre grad"", beder vi dig uddybe dette/disse svar:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	40	97,6	97,6	97,6
Der er påtrods af seminar og netværk o.lign ikke lykkedes at få samarbejdet mellem skoler og dagtilbud til at fungere overalt. Respekten og forståelsen for hinanden skal der arbejdes med	1	2,4	2,4	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Vurderer du at... - ... GUSA-modellen er velkendt i dit faglige miljø?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I mindre grad	2	4,9	4,9	4,9
I nogen grad	16	39,0	39,0	43,9
I høj grad	22	53,7	53,7	97,6
Ved ikke	1	2,4	2,4	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Vurderer du at... - ... GUSA er hjælpsom i forhold til at opdage udsatte børn tidligt?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I mindre grad	4	9,8	9,8	9,8
I nogen grad	22	53,7	53,7	63,4
I høj grad	14	34,1	34,1	97,6
Ved ikke	1	2,4	2,4	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Et vigtigt GUSA-princip er ""barnet i centrum"". Vurderer du, at I i dit faglige miljø lever op til dette princip?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I mindre grad	2	4,9	4,9	4,9
I nogen grad	15	36,6	36,6	41,5
I høj grad	22	53,7	53,7	95,1
Ved ikke	2	4,9	4,9	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Et andet vigtigt GUSA-princip er inddragelse af forældrene i samarbejdet. Vurderer du, at I i dit faglige miljø lever op til dette princip?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I mindre grad	2	4,9	4,9	4,9
	I nogen grad	18	43,9	43,9	48,8
	I høj grad	18	43,9	43,9	92,7
	Ved ikke	3	7,3	7,3	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

De vigtigste elementer i GUSA er stafetloggen og stafetholderen. Anvendes stafetloggen i dit faglige miljø?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I mindre grad	4	9,8	9,8	9,8
	I nogen grad	15	36,6	36,6	46,3
	I høj grad	18	43,9	43,9	90,2
	Ved ikke	4	9,8	9,8	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Giver stafetloggen i praksis overblik over indsats, forløb og koordination af samarbejdet omkring barnet/familien?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	2	4,9	4,9	4,9
	I mindre grad	1	2,4	2,4	7,3
	I nogen grad	16	39,0	39,0	46,3
	I høj grad	18	43,9	43,9	90,2
	Ved ikke	4	9,8	9,8	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Sikrer stafetloggen i praksis, at der er klarhed om aftaler og ansvarsområder?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	1	2,4	2,4	2,4
	I mindre grad	2	4,9	4,9	7,3
	I nogen grad	23	56,1	56,1	63,4
	I høj grad	11	26,8	26,8	90,2
	Ved ikke	4	9,8	9,8	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål har svaret ""Slet ikke"" eller ""I mindre grad"",
beder vi dig uddybe dette/disse svar:

Valid
<p>Det kræver at det bruges af alle medarbejdere i de forskellige områder hvilket jeg oplever ikke sker nu Jeg er nyansat i mit nuværende dagtilbud som skræmmende nok ikke arbejder systematiseret med GUSA. Hvilket ellers er et krav fra GBS</p> <p>Kan ikke svare på dette spørgsmål da jeg sidder som myndighed.</p> <p>overordnet i kommunen, bliver GUSA ikke brugt, forstået på den måde at det ikke er alle fagpersoanler der bruger dette redskab, i dagtilbuddet og nogle skoler er det mere udbredt er min vurdering</p> <p>Stafetloggen anvendes for det meste kun i forbindelse med det første møde, det kniber i forbindelse med opfølgning, og der er uenighed om, hvem der skal være stafetholder.</p>
Total

I hvor stor en andel af de børn/forældresager, hvor I starter en stafetlog, ender forløbet efter din vurdering med en underretning?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0-10 %	18	43,9	43,9	43,9
10-20 %	3	7,3	7,3	51,2
20-30 %	1	2,4	2,4	53,7
30-40 %	3	7,3	7,3	61,0
60-70 %	2	4,9	4,9	65,9
90-100 %	1	2,4	2,4	68,3
Ved ikke	13	31,7	31,7	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Vurderer du samarbejdet mellem dit faglige miljø og myndighedsafdelingen som tilfredsstillende, i de tilfælde hvor i har sendt en underretning?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I mindre grad	7	17,1	17,1	17,1
I nogen grad	20	48,8	48,8	65,9
I høj grad	6	14,6	14,6	80,5
Ved ikke	8	19,5	19,5	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Får I altid en kvittering på underretningen?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I mindre grad	4	9,8	9,8	9,8
	I nogen grad	6	14,6	14,6	24,4
	I høj grad	23	56,1	56,1	80,5
	Ved ikke	8	19,5	19,5	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Medvirker GUSA til, at I efter underretningen føler jer inddraget i tilstrækkeligt omfang?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	4	9,8	9,8	9,8
	I mindre grad	13	31,7	31,7	41,5
	I nogen grad	7	17,1	17,1	58,5
	I høj grad	2	4,9	4,9	63,4
	Ved ikke	15	36,6	36,6	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

**Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål har svaret ""Slet ikke"" eller ""I mindre grad"",
beder vi dig uddybe dette/disse svar:**

Da jeg sidder som myndighed kan jeg ikke besvare dette spørgsmål.

Der er lukket skodder mellem datilbud og Børn/Unge afsnit, hvilket ikke fremmer familiens bedste. Familien kunne hjælpes bedre ved et sterkere tværfagligt samarbejde.

Der opleves generelt lukkethed mellem myndighedsafdelingen og frontpersonalet. Der orienteres ikke om, hvad der evt. følger efter underretningen. Netværksmøder afholdes oftest kun på foranledning af institutionen.

Det er vigtigt at sagsbehandler/familierådgiver deltager i de koordinerende møder !

Det er ærgerligt at vi ikke får en opfølgning på hvad der sker når vi har underrettet. som det fungerer idag får vi kun kvitteringen

Inddragelse efter en underretning bliver efterspurgt og vi arbejder med at udvikle metoder og systematik. Vi kan blive bedre endnu

jeg er myndighedsperson

Manlger en tilbagemelding på om der er taget hånd om sagen.

sagsbehandlere anvender ikke GUSA som arbejdsredskab. Det er udelukkende dagtilbud og nogle sundhedsplejersker.

Sagsbehandlerne kan ikke samarbejde ud fra lovgivningen men de arbejder ikke med GUSA som udgangspunkt.

Total

Er der noget der efter din vurdering mangler eller ikke fungerer i GUSA-modellen, eller noget du kunne ønske tilføjet til den eksisterende model?

At ALLE der skal samarbejde om indsats for en familie/børn bruger GUSA og at ALLE følger de aftaler der er om brugen af GUSA

at den bliver brugt af alle fagfolk, når dette ikke gøres mener jeg at det er en mangel

At der ikke kun var fokus på "barnet i centrum", men også på hele familien.

Det bør udvikles til en "familieGUSA" hvor der bla er langt større åbenhed i sagens udvikling overfor forældrene. Fx ved digital adgangsmulighed for forældrene. Skolerne bør anvende modellen mere stringent

Det kunne være godt med en elektronisk udgave af GUSA

En større ensartethed og definition af arbejdet med GUSA og hvilket grundlag en GUSA oprettes på. Øget systematik i overdragelse af GUSA ex. Fra dagtilbud til skole.

etableringen af en familie GUSA

GUSA skulle være noget alle daginstitutioner/skoler skal bruge!

Ja, at sagsbehandlere også forpligtes i forhold til GUSA. Fokus på tværfagligt samarbejde også (og især) efter en underretning. Bedre samarbejde mellem institution og sagsbehandler, da institutionen har den daglige kontakt med familien.

Jeg savner et fællesudgangspunkt i forhold til GUSA, at vi alle respektere GUSA og tovholderen. At vi udvikler GUSA som familie GUSa så der ikke er familier der har x antal GUSA og medfølgende møder i deres hverdag. At vi kan koordinere arbejdet i familien så det kommer til at fremså troværdigt i forhold til forældrene og ikke tilfældigt som forældrene nogle gange oplever.

Kan ikke svare på dette spørgsmål da jeg sidder som myndighed.

mere fokus på forældresamarbejde/forældreinvolvering.

nej

skolerne har svært ved at acceptere, de skal anvende modellen,og mit indtryk er, at den ikke tages i brug langt tidligere i det daglige arbejde med børn i daginstitutioner og skolen bekymring for børn.

Jeg har ofte oplevet, at skoler ikke ønskede at anvende standardordenen, og de havde svært ved at tale ud fra en fælles forståelse af barnet, men møder er mere løsningsfokuseret = gør noget sagsbehandler

Sundhedsplejerskerne laver ikke GUSA, de laver brobygningsskemaer istedet, som lægges hos pladsanviser og som vi desværre ikke altid får når et barn starter

synes det ville være en god ide at evaluere opbygningen af den

Syntes at dagsordenen til koordinationsmøderne er lidt kringlet.

Total

I hvilket omfang oplever du, at jeres faglige miljø lever op til denne hensigt?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	1	2,4	2,4	2,4
	I mindre grad	3	7,3	7,3	9,8
	I nogen grad	31	75,6	75,6	85,4
	I høj grad	4	9,8	9,8	95,1
	Ved ikke	2	4,9	4,9	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Er det din vurdering, at der i kommunen er et fælles fagligt sprog (de professionelle anvender samme udtryk i forbindelse med socialt udsatte børn og unge)?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	1	2,4	2,4	2,4
	I mindre grad	5	12,2	12,2	14,6
	I nogen grad	30	73,2	73,2	87,8
	I høj grad	3	7,3	7,3	95,1
	Ved ikke	2	4,9	4,9	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Bygger jeres fælles faglige sprog på begreber i børne- og ungepolitikken?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	1	2,4	2,4	2,4
	I mindre grad	7	17,1	17,1	19,5
	I nogen grad	26	63,4	63,4	82,9
	I høj grad	1	2,4	2,4	85,4
	Ved ikke	6	14,6	14,6	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Bygger jeres fælles faglige sprog på GUSA-modellen?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	2	4,9	4,9	4,9
	I mindre grad	6	14,6	14,6	19,5
	I nogen grad	22	53,7	53,7	73,2
	I høj grad	7	17,1	17,1	90,2
	Ved ikke	4	9,8	9,8	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål har svaret ""Slet ikke"" eller ""I mindre grad"",
beder vi dig uddybe dette/disse svar:

Børne og Ungepolitikken skulle revideres i 2013 - det er ikke gjort endnu. Den er overhalet af sproget i
GUSA

der indsamles ikke data og evalueringer sker på baggrund af de oplevelser, som den enkelte lige kan
huske,

Det svinger alt efter sagsbehandleren

Vi har ikke arbejdet i de sidste to år fælles og på tværs og det udvikler ikke sprog.

Total

Er der forhold (problemstillinger, udfordringer o.lign.) vedrørende socialt udsatte børn og unge, der
særligt knytter sig til dit professionelle virke, som ikke er berørt i det ovenstående?

Børn af anden etnisk herkomst

de økonomiske udfordringer kommunen står overfor. kompetancerne er i mange sammenhænge
tilstede men der er stort pres på ressourcerne.

Det er en udfordring, at myndighed og udfører ikke får defineret deres opgaver og rolle mere præcist.
Samarbejdet er ofte præget af det økonomiske pres, der udmønter sig ved utilfredshed med
hinandens indblanding og kvalitet i anden parts opgaveudførelse. Myterne får liv

Ja, at vi har en fællesopgave både økonomisk men også fagprofessionelt. Normer og etik i det fælles
vi som direktionen og politikkerne vil skabe og som er løsningen fremover.

Jeg mener ikke at det skal være den enkelte kommune som har udgiften men derimod staten, så det
ikke bliver som det er nu - nemlig økonomien der stort set styrer, hvilke tiltag der sættes i værk overfor
udsatte børn og unge. Her tænkes på anbringelser.

Mange af spørgsmålene er rettet mod institutioner, skoler og vuggestuer da der er tale om tidlig
indsats og GUSA model. Jeg sidder som myndighed og mener at vores tværfaglige samarbejde at
meget vigtigt i forhold til netop at komme hele vejen rundt om en familie og de problemstillinger som
skal løses i den enkelte sag.

Nej

opmærksomhed omkring plejebørn, deres forældre og sundhedsfremmende tiltag i dette felt.

samarbejdet på tværs af faggrænser der blokerer for samarbejdet - mangler jer her igen den
tavshedspligt som man er underlagt, bevirker at det kan være meget svært at samarbejde på en noget
letter måde fx ved at dagtilbuds personalet havde overvåget samvær fx ude i dagtilbuddet isedet for
andet sted, det er jo oftere her børn og forældre er mere tryk ved at være

Tidlig indsats omkring gravide, hvor der er stor bekymring(misbrug, psykisk sygdom, umodenhed
osv.) for deres rolle/virke i forhold til deres kommende barn. Der mangler en samlet enhed som
modtager underretninger om den gravide og som undersøger hvilke foranstaltninger der skal
iværksættes før og efter fødslen- dette for at sikre barnets trivsel, sundhed og udvikling.

Total

Kan du pege på eksisterende tiltag og initiativer på din arbejdsplads, som du vurderer, fungerer godt i forhold til udsatte børn og unge?

arbejdspladsen primære arbejdsområde er tiltag i forhold til udsatte børn og unge

at vi forsat udbygger det samarbejde mellem de forskellige institutioner

at vi tager ansvar for børns trivsel.

Dialog tværfagligt

Et tæt forældresamarbejde hvor der er tilknyttet medarbejdere fra den forebyggende enhed (PFI).

Dette giver dels støtte og vejledning til familien, men også et fagligt kvalitetsløft til det pædagogiske personale.

Ferietilbud fra private organisationer.

Fælles udd. Om inklusion For ledere, GUSA, inddragelse af Ppv,

GUSA

GUSA - stafetlog og netværkskort GUSA overlevering til skole Faste koordinerende møder med deltagelse af : sagsbehandler, psykolog, talepædagog, sundhedsplejerske.

GUSA og PFI

GUSA samt den samarbejdsproces der er iværksat på baggrund af en BDO rapport med anbefalinger. Det tegner positivt ifht en fælles referenceramme og forståelse af, at vi løfter bedst i flok

ics metoden

Klare procedure for hvornår vi opretter en stafetlog. Fastlagte koordinationsmøder, som aftales for et år ad gangen. Vi forsøger at være nærværende voksne og møde børnene der hvor de er. God dialog på personalemøder om de problemstillinger der kan være omkring de enkelte børn. Tage udgangspunkt i det enkelte barn med devisen om at " for at behandle alle ens skal de behandles forskelligt"

Koordinerende møder på skolerne en gang om måneden og på institutionerne hver anden måned.

ligenu afprøves overvåget samvær med en pædagog og familien i familiehuset, dette er noget vi selv har taget initiativ til altid en med fra ledelsen samt en stue pædagog til møde med forældrene dette har vi også rigtig god erfaring med at vi ofter kan nå lidt længere med familie, hvor vi italesætter at vi også drager omsorg for helefamilien og ikke kun barnet/børnene

Madordning, GUSA, når det fungerer i praksis, PPC

Niveau 1 møder (tværfaglige møder) som holdes fast hver anden måned

Når der er en god kontakt mellem de tværfaglige samarbejdspartnere højnes niveauet

Systematisk anvendelse af GUSA. Vi har en mellemgruppe for ældste vuggestuebørn og yngste bh børn, denne gruppe tilgodeser i særlig grad de udsatte børns behov, de rykkes ikke i bh pga alder, men når de vurderes "klar". Forældresamtaler holdes systematisk en gang om året. Registrering af børnenes udvikling i TRAS og TRASMO. Systematisk anvendelse af DPU, når et barns udvikling giver anledning til særligt fokus.

udarbejdelse af udviklingsbeskrivelser på de børn hvor personalet vurderer der er en bekymring for barnets udvikling og eller trivsel. Der iværksættes altid forældresamarbejde i fb med udviklingsbeskrivelsen med udviklingsplaner for forældre og personale.

Total

Har du ideer til nye tiltag på din arbejdsplads målrettet udsatte børn og unge, som kunne afhjælpe eksisterende sociale eller sundhedsmæssige problematikker?

At gøre alle bevidst om, at det sundhedsmæssige også er vigtig del i om et barn trives og er i god udvikling.

At være meget obs. på børn fra 7. klasse og opefter. Jeg har gennem de seneste år set en udvikling i fravær fra skolen, som er stigende. Der begynder ofte i 7. klasse og bliver så værre og værre i 8. og 9. klasse og hvor eleven ofte til sidst ikke kommer i skole mere. Det ville give god mening at man kunne sætte mere fokus på dette problem.

Bedre samarbejde med familierne og følge GBS regler og tiltag.

den forebyggende indsats i børnenes dagligdag skal styrkes, altså mere focus på frontpersonalet. efteruddannelse

En cafe eftermiddag en gang imellem, hvor eks. en sagsbehandler og eller en familiekonsulent og en sundhedsplejerske var tilgængelig for forældrene uden forudgående indstilling/sagsoprettelse.

Fokus på opkvalificering af frontpersonale i forhold til forældresamarbejde/forældreinvolvering (kurser,uddannelse,temadage osv.)

Fristed/Samlingssted for anbragte børn. Forældre skole - undervisning i børns udvikling, adfærd. Døgnophold for gravide ind til fødslen for at sikre de bedste betingelser for barnet. Theraplay forløb- udvikle og bedre relationen mellem forældre og barn.En måde at undgå anbringelse på.

Få GUSA modellen helt ind under huden på samtlige medarbejdere. Blive bedre til at inddrage forældrene.

grupper for overvægtige børn

Mere viden om udsatte børn og især børn af anden etnisk herkomst. En mindre koncentration af 2 sprogede børn på et skoledistrikt/område.

standardiseret indstillings blanket på tværs af alle instanser. ppc, taleinstitut, PFI m.m.

Større inddragelse af evidensbaseret metoder ex. KORA, ICDP, efteruddannelse af personale til at opspore langt tidligere.

Større involvering af forældre til specielt de yngste børn. Det er vigtig, at eksempelvis personalet i vuggestuen er fagligt opkvalificeret på de mindste børn udvikling, og er gode til at skabe relationer til forældre, da en god kontakt er medvirkende til at skabe tillid mellem forældre og personale, og forældrene føler de kan få råd og vejledning fra personalet. Konkret har vi planer om at afholde fyraftensmøder for vuggestueforældrene, hvor eksempelvis der eksempelvis er deltagelse af en sundhedsplejerske eller talekonslulent hvor der gives et kort oplæg fra fagpersonen med mulighed for at stille spørgsmål efterfølgende og have fælles debat/erfaringsudveksling. vi er også opmærksomme på, at inklusion ikke kun omhandler børnene, men også forældrene, hvilket skal styrkes til sociale arrangementer i institutionen, hvor der skal arbejdes på at forældrene inkluderes mere indbyrdes. udvide det tværfagligesamarbejde med støtte kontaktpersonaerne der er tilknyttet en eller begge forældre.

Udviklingen af en familiegusa model Incitamentet i visitationsproceduren, der stiller krav om et tværfagligt koordineret samarbejde, som forudsætning for overhovedet at visitere. Hvad er gjort, hvad virker og hvor mangler der udvikling bør være de grundlæggende arbejdsspørgsmål

vi er så småt i gang med cafemøder målrettet dette. vi forventer at dette tiltage skal være 4 - 6 gange om året men at alle forældre kan møde op, og så har vi mulighed for at "hjælpe" nogen til at møde op

Total

Har du øvrige kommentarer?

Centeret er i gang med omorganisering og der er megen opbrud og forvirring. Undersøgelsen vil givetvis være helt anderledes hvis vi fik den om nogle måneder.

Der er konstant brug for udvikling og uddannelse på dette område og at vi taler samme sprog hos alle der arbejder med børnene i kommunen.

faggrænser nedbrydes, og nye fællesteam opstår

Glæder mig til at læse undersøgelsen. Håber den fremlægges for beslutningstagerne.

Nej

nej

Spændende hvilke tiltag denne undersøgelse kan sætte i gang.

Bilag 2: Resultater af spørgeskemaundersøgelse, Lolland Kommune

Hvilken kommune er du ansat i?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Lolland Kommune	84	100,0	100,0	100,0

Hvad er din jobtitel kategorier

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid dagtilbud	26	31,0	31,0	31,0
Skoleansatte	10	11,9	11,9	42,9
Socialrådgivere	16	19,0	19,0	61,9
Sundhedsplejersker	9	10,7	10,7	72,6
Skolebestyrelsesformænd	2	2,4	2,4	75,0
Andet	21	25,0	25,0	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Hvor længe har du været ansat i dette job?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0-3 år	18	21,4	21,4	21,4
4-6 år	22	26,2	26,2	47,6
7-10 år	16	19,0	19,0	66,7
Mere end 10 år	28	33,3	33,3	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Hvad er din uddannelse

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pædagog	34	40,5	40,5	40,5
lærer	10	11,9	11,9	52,4
socialrådgiver	15	17,9	17,9	70,2
Sygeplejerske/sundhedsplejerske	10	11,9	11,9	82,1
Andet	15	17,9	17,9	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 indikatorer. - At barnet har et godt helbred uden symptomer, skader og alvorlig sygdom

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ikke valgt	59	70,2	70,2	70,2
	Valgt	25	29,8	29,8	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 indikatorer. - At barnet fungerer godt i relation til daginstitution eller skole

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ikke valgt	44	52,4	52,4	52,4
	Valgt	40	47,6	47,6	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 indikatorer. - At barnet fungerer godt i relation til venner

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ikke valgt	54	64,3	64,3	64,3
	Valgt	30	35,7	35,7	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 indikatorer. - At barnet fungerer godt i relation til familien (forældre og søskende)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ikke valgt	23	27,4	27,4	27,4
	Valgt	61	72,6	72,6	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 indikatorer. - At barnet fungerer godt i relation til øvrig familie (bedsteforældre m.m.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ikke valgt	81	96,4	96,4	96,4
	Valgt	3	3,6	3,6	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 indikatorer. - At barnet selv oplever at have et godt liv

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ikke valgt	29	34,5	34,5	34,5
Valgt	55	65,5	65,5	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 indikatorer. - At barnet generelt udviser god sundhedsadfærd

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ikke valgt	52	61,9	61,9	61,9
Valgt	32	38,1	38,1	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 indikatorer. - Andet:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ikke valgt	82	97,6	97,6	97,6
Valgt	2	2,4	2,4	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 indikatorer. - Ved ikke

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ikke valgt	84	100,0	100,0	100,0

Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 indikatorer. - Andet:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	82	97,6	97,6	97,6
at barnet udviser livsglæde	1	1,2	1,2	98,8
mental trivsel	1	1,2	1,2	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Hvor stor en procentdel af de 0-18 årige børn og unge i kommunen kan efter din vurdering karakteriseres som en social og/eller sundhedsmæssig risikogruppe?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0-10 %	4	4,8	4,8	4,8
10-20 %	26	31,0	31,0	35,7
20-30 %	29	34,5	34,5	70,2
30-40 %	11	13,1	13,1	83,3
40-50 %	4	4,8	4,8	88,1
50-60 %	3	3,6	3,6	91,7
60-70 %	1	1,2	1,2	92,9
70-80 %	1	1,2	1,2	94,0
Ved ikke	5	6,0	6,0	100,0
Total	84	100,0	100,0	

I hvilken grad vurderer du, at man i dit faglige miljø oplever en sammenhæng mellem social ulighed (fattigdom, arbejdsløshed, manglende uddannelse hos forældre) og børns sundhed og trivsel?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I nogen grad	27	32,1	32,1	32,1
I høj grad	57	67,9	67,9	100,0
Total	84	100,0	100,0	

I hvilket omfang er dit faglige miljø efter din vurdering bekendt med din kommunes officielle sundhedspolitik og dens intentioner i forhold til socialt udsatte børn og unge?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Slet ikke	1	1,2	1,2	1,2
I mindre grad	11	13,1	13,1	14,3
I nogen grad	37	44,0	44,0	58,3
I høj grad	34	40,5	40,5	98,8
Ved ikke	1	1,2	1,2	100,0
Total	84	100,0	100,0	

I hvilket omfang giver sundhedspolitikken efter din vurdering jeres faglige miljø et godt udgangspunkt for at arbejde med sundhedsfremmende aktiviteter målrettet socialt udsatte børn og unge?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Slet ikke	1	1,2	1,2	1,2
I mindre grad	13	15,5	15,5	16,7
I nogen grad	48	57,1	57,1	73,8
I høj grad	19	22,6	22,6	96,4
Ved ikke	3	3,6	3,6	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål har svaret ""Slet ikke"" eller ""I mindre grad"", beder vi dig uddybe dette/disse svar:

Begrunder mit svar ud fra manglende "fælles front" i forbindelse med daglige spilleregler indenfor området. - Ens betydende med forskellig indgangsvinkel til sukker, fed mad, motion, hygiejne osv. fra personalets side.

Det er ikke nok at have gode intentioner, hvis der ikke er mulighed for at få det rette tilbud - eller have den fornødne tid til opgaverne.

Det manglende kendskab og udbredelsen af politikken udfordre manden på gulvet. Det er ligeledes problematisk at underretningerne, ikke føles at blive taget alvorlige når de kun relatere til sundhed diverse politikker kendes meget lidt, men det er handleguiden(hvordan man i praksis udmønter politikkerne), der benyttes

Jeg er ikke sikker på at personalet er bekendt med kommunes officielle sundhedspolitik jeg har ikke tid at holde mig opdateret på disse områder også.

Jeg hører ikke noget til sundhedssektorens arbejde og tilbud - kun gennem familierne, jeg arbejder med

Jeg kan være bekymret for om sundhedspolitikken er kendt helt ude hos medarbejderne.

Synes jeg har en del kollegaer der ikke ved hvad de skal eller kan i arbejder med udsatte børn.

Samtidig mangler der penge og ressourcer til at målrette aktiviter for disse børn og unge.

Vi oplever, at der er mange udsatte familier, der ikke bliver taget hånd om.

Total

Hvilke faggrupper er efter din vurdering de primært ansvarlige for socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 faggrupper. - Privatpraktiserende læger

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ikke valgt	69	82,1	82,1	82,1
	Valgt	15	17,9	17,9	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Hvilke faggrupper er efter din vurdering de primært ansvarlige for socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 faggrupper. - Sundhedsplejersker

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ikke valgt	12	14,3	14,3	14,3
	Valgt	72	85,7	85,7	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Hvilke faggrupper er efter din vurdering de primært ansvarlige for socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 faggrupper. - Medarbejdere i daginstitutioner og skoler

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ikke valgt	1	1,2	1,2	1,2
	Valgt	83	98,8	98,8	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Hvilke faggrupper er efter din vurdering de primært ansvarlige for socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 faggrupper. - Socialrådgivere i kommunal myndighedsafdeling

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ikke valgt	31	36,9	36,9	36,9
	Valgt	53	63,1	63,1	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Hvilke faggrupper er efter din vurdering de primært ansvarlige for socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 faggrupper. - Opsøgende medarbejdere (SSP-medarbejdere,

Familiekonsulenter m.m.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ikke valgt	64	76,2	76,2	76,2
	Valgt	20	23,8	23,8	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Hvilke faggrupper er efter din vurdering de primært ansvarlige for socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 faggrupper. - Andre

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ikke valgt	83	98,8	98,8	98,8
Valgt	1	1,2	1,2	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Hvilke faggrupper er efter din vurdering de primært ansvarlige for socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 faggrupper. - Ved ikke

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ikke valgt	84	100,0	100,0	100,0

Hvilke faggrupper er efter din vurdering de primært ansvarlige for socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 faggrupper. - Andre

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	83	98,8	98,8	98,8
forældre	1	1,2	1,2	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Det er min vurdering at... - ... Vi i vores faglige miljø har fokus på socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I mindre grad	1	1,2	1,2	1,2
I nogen grad	13	15,5	15,5	16,7
I høj grad	70	83,3	83,3	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Det er min vurdering at... - ... Vi i vores faglige miljø har tilstrækkelig viden og kompetencer til at opspore og identificere tegn på dårlig trivsel hos socialt udsatte børn og unge.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I mindre grad	3	3,6	3,6	3,6
I nogen grad	30	35,7	35,7	39,3
I høj grad	51	60,7	60,7	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Det er min vurdering at... - ... Vi i vores faglige miljø har tilstrækkelig viden og kompetencer til at arbejde med sundhedsfremmende aktiviteter målrettet socialt udsatte børn og unge.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I mindre grad	9	10,7	10,7	10,7
	I nogen grad	47	56,0	56,0	66,7
	I høj grad	28	33,3	33,3	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Det er min vurdering at... - ... Vi i vores faglige miljø deltager i kompetenceudviklingsaktiviteter, der helt eller delvist beskæftiger sig med forhold omhandlende socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I mindre grad	12	14,3	14,3	14,3
	I nogen grad	45	53,6	53,6	67,9
	I høj grad	27	32,1	32,1	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Det er min vurdering at... - ... Vi i vores faglige miljø involverer den samlede forældregruppe i indsatsen for sundhedsfremmende aktiviteter målrettet socialt udsatte børn og unge.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	7	8,3	8,3	8,3
	I mindre grad	20	23,8	23,8	32,1
	I nogen grad	38	45,2	45,2	77,4
	I høj grad	16	19,0	19,0	96,4
	Ved ikke	3	3,6	3,6	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Det er min vurdering at... - ... Vi i vores faglige miljø har tilstrækkelig viden og kompetencer til at støtte og hjælpe forældrene til udsatte børn og unge i forhold til at fremme deres børns sundhed og trivsel.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	1	1,2	1,2	1,2
	I mindre grad	11	13,1	13,1	14,3
	I nogen grad	44	52,4	52,4	66,7
	I høj grad	28	33,3	33,3	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Det er min vurdering at... - ... Vi i vores faglige miljø anvender vores viden og kompetencer til at hjælpe forældre til udsatte børn og unge i forhold til at fremme deres børns sundhed og trivsel.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Slet ikke	1	1,2	1,2	1,2
I mindre grad	3	3,6	3,6	4,8
I nogen grad	40	47,6	47,6	52,4
I høj grad	40	47,6	47,6	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Det er min vurdering at... - ... De eksisterende tiltag på min arbejdsplads rettet mod sundhed og trivsel for socialt udsatte børn og unge er tilstrækkelige.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Slet ikke	3	3,6	3,6	3,6
I mindre grad	17	20,2	20,2	23,8
I nogen grad	54	64,3	64,3	88,1
I høj grad	9	10,7	10,7	98,8
Ved ikke	1	1,2	1,2	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål svarede ?Slet ikke? eller ?I mindre grad?, prøv at uddybe dette/disse svar:

De eksisterende ressourcer svarer ikke til det behov der er tilstede.

Den mgl.tværfaglige koordinering af området, er den største udfordring for at vi skal lykkes og kunne hjælpe. Tid og ejerskab er en faktor som der skal focus på.

Der er for lidt sammenhæng i arbejdet i kommunen - mellem de sociale og det sundhedsforebyggende arbejde

Der er ikke nok fokus på en samlet/ koordineret indsats mellem skole, hjem og andre instanser, for at hjælpe udsatte børn og familier.

der er ikke så meget fokus på sundhed, men mere på trivsel og udvikling - vi har ikke fokus på hvad barnet får af morgenmad, bare det får morgenmad

Det ville være dejligt at der kom mere fokus på udsatte børn og unge, f.eks. i form af kurser. Tror der er mange der kender til disse børn, men desværre ikke ved hvad de skal gøre/ kan gøre for at hjælpe. Og igen skal der følge økonomi med til at iværksætte div. tiltag.

Er aldrig blevet tilbudt F.eks. kurser. Efter skoletid er nogle af "mine" elevers struktur meget anderledes, hvilket gør næste arbejdsdags udgangspunkt ligeså vanskelig, som den overståede, aktuelle skoledag.

Har brug for at kommenterer mit sidste svar. Vi følger med og tager ny viden til os. så kan ikke sige tilstrækkelige. vi udvikler hele tiden kompetencer, starter en proces med nyt personale med udgangspunkt i aktuel trivsel problem.

igen er tiden en meget vigtig faktor - der er meget papir der skal udfyldes før vi får tid til rigtige menneskesamtaler

Inden for mit fagområde som børnesagsbehandler, beskæftiger vi os ikke decideret med sundhedsfremmende aktiviteter. Vi indgår i samarbejde med fysioterapeuter og sundhedsplejersker, ergoterapeuter mm., men er ikke selvuddannet til at arbejde med sundhedsfremmende aktiviteter på samme måde, og uden kobling til social trivsel. Derudover samler min faggruppe ikke hele forældregrupper i vores regi. Vi kan henvise til forældregrupper og rådgive om deltagelse, men har dem ikke selv.

Jeg har kun været ansat i min nuværende stilling i tre måneder, derfor er det svært for mig at vurderer disse spørgsmål. Det er ikke mit indtryk at forældregrupperne har været involveret i form af temaforældremøder eller lign. Dog har vi i vores indskolingsafdeling haft et forældremøde for hele afdelingens forældregruppe vedr. "fri for mobberi", som helst skulle være trivselsfremmende.

Jeg mener at viden, vilje, interesse og kompetancer er til stede i høj grad, men at det kræver meget store personale ressourser/timer

jeg mener vi mangler koordinerede tilbud omkring overvægt der kan tilgodese de svage familier. Mange af kommunens svage familier kan ikke være en del af diætist tilbuddet da det kræver mange ressourcer. Så en hlehedsorienteret indsats. Ligeledes mangler der tilbud til skilsmisse børn eller børn der syntes det er svært at være derhjemme grundet konflikter. Evt samtale grupper. På skoleområdet er det især mangelfuldt med særlige tilbud.

Jeg oplever at PPR har fokus på børns trivsel og mindre på sundhed. Vi deltager ikke i sundhedsfremmende aktiviteter for forældregrupper

jeg oplever at vi i PPR har fokus på børns trivsel og mindre grad sundhed, - og jeg deltager ikke umiddelbart i sundhedsfremmende aktiviteter i forældregrupper

Ressourcerne svarer ikke til det behov der er tilstede.

Set fra myndighedsrådgivers side, arbejder vi ikke der - det kunne vil godt, men det er der slet ikke tid til. De eks. tiltag - vi har alt for travlt med at opfylde krav til sagsbehandlingen - de dok. krav, som vægtes højest er ikke det samme som at sikre det enkelte barns sundhed og udvikling.

Som skolesundhedsplejerske har jeg ikke ret mange ressourcer til at gøre noget ekstra for vores socialt udsatte børn. Jeg har normalt 30 min til en samtale med barnet, samt mulighed for opfølgende samtaler. Der er ikke afsat særlig mange ressourcer til forældrene til skolebørnene, så vi har ikke mulighed for et længerevarende forløb med forældre og barn/børn. Vi har bedre mulighed for at vejlede udsatte børn og deres forældre når vi kommer på hjemmebesøg hos spædbørnene. der er afsat flere ressourcer

Svar på det sidste: Vi skal være bevidst om at vidensdele releavnt viden og sikre at alle følger med, for at gøre en forskel for det enkelte barn/familie.

vi er for få ansatte til at varetage den store opgave. ofte må familier vente med at få den rette hjælp fordi der er for få ansatte til at kunne hjælpe alle med det samme. og det går ud over barnes trivsel.

Vi har fokus på børns sundhed, men ikke specielt på socialt udsatte børn.

Vi har kørt projektet "en god start sammen", men samler ikke som sådan udsatte familier i grupper. Vi har også "Unge mor i job", men det er primært mindet på moderen.

Vi inddrager ikke de andre forældre. Måske er vi bange for at udstille andre og for at bryde vores tavshedspligt.

Total

Hvilken kommune er du ansat i?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Lolland Kommune	84	100,0	100,0	100,0

Hvor længe har du været ansat i kommunen?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0-3 år	12	14,3	14,3	14,3
4-6 år	13	15,5	15,5	29,8
7-10 år	16	19,0	19,0	48,8
Mere end 10 år	43	51,2	51,2	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Er det din vurdering, at indholdet i kommunens børne- og ungepolitik er velkendt i dit faglige miljø?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Slet ikke	1	1,2	1,2	1,2
I mindre grad	10	11,9	12,0	13,3
I nogen grad	46	54,8	55,4	68,7
I høj grad	26	31,0	31,3	100,0
Total	83	98,8	100,0	
Missing System	1	1,2		
Total	84	100,0		

Er det din vurdering, at I anvender børne- og ungepolitikken aktivt i dit faglige miljø?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	1	1,2	1,2	1,2
	I mindre grad	9	10,7	10,8	12,0
	I nogen grad	44	52,4	53,0	65,1
	I høj grad	29	34,5	34,9	100,0
	Total	83	98,8	100,0	
Missing	System	1	1,2		
Total		84	100,0		

Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål har svaret ""Slet ikke"" eller ""I mindre grad"", beder vi dig uddybe dette/disse svar:

der benyttes handleguiden som er den praktiske del af børne-ungepolitikken

Der er intet kendskab til den øverste ledelses og politikernes ønsker og målsætninger

Diverse politikker bliver lagt på intra. Af og til er nogen af punkterne på som orienteringspunkt ved et P-møde. Tro, at ejerskab af politikker er vigtige, for af de skal kunne blive implimeret i skoler og inst. Som det er nu, er det blot endnu et stk. papir !!!

Har været i praktik i en vuggestue, og meget få kendte til politikken og arbejdede ud fra den.

Hertil vil jeg stadig påpege manglende tid til at arbejde med børnene og familien - vores tid anvendes i stor grad på administration. Generelt i Danmark anvendes alt for mange ressourcer på kontrol og administration - hvis en del af de lønressourcer kunne anvendes d

Indholdet er efter min vurdering ikke kendt. Der arbejdes dog med dele af indholdet.

Total

Er det din vurdering, at der foregår en tidlig koordineret indsats?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	2	2,4	2,5	2,5
	I mindre grad	9	10,7	11,1	13,6
	I nogen grad	46	54,8	56,8	70,4
	I høj grad	24	28,6	29,6	100,0
	Total	81	96,4	100,0	
Missing	System	3	3,6		
Total		84	100,0		

Er det din vurdering, at familien inddrages i det omfang børne- og ungepolitikken kræver?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	1	1,2	1,2	1,2
	I mindre grad	17	20,2	21,0	22,2
	I nogen grad	30	35,7	37,0	59,3
	I høj grad	28	33,3	34,6	93,8
	Ved ikke	5	6,0	6,2	100,0
	Total	81	96,4	100,0	
Missing	System	3	3,6		
Total		84	100,0		

**Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål har svaret ""Slet ikke"" eller ""I mindre grad"",
beder vi dig uddybe dette/disse svar:**

Valid

Arbejdet er alt for sektor- og afdelingsopdelt

Da man ikke kender til politikken er det svært at arbejde med den, samt der ikke er ressourcer til en særlig indsats.

Der kan være stor forskel på hvordan de enkelte sager/situationer behandles. Det kan give frustrationer for både forældre og institution, da begge parter kan føle at de bare "står stille". Det ville være dejligt hvis der kunne komme et tættere samarbejde mellem forældre og institution og at begge parter blev inddraget i forløb/handlepla

Det er min oplevelse, at familierne på grund af manglende tidsmæssige ressourcer ikke inddrages tilstrækkeligt

Inddragelse måske. - Er betinget af modtager, hvis ikke disse tager "ved lære", er børnene prisgivet.

Jeg kunne godt ønske mere tværfaglig, fælles løft

Jeg mener bestemt ikke at det går hurtigt nok med, at folk gør en indsats. Og hvis vi i min faggruppe får gjort opmærksom på at der skal gøres en indsats, er der ofte for meget ventetid.

jeg oplever at opdelingen i forskellige sektorer indenfor børn og unge kan gøre indsatsen vanskeligere.

Jeg oplever, at der ikke har været opmærksomhed på, eller at indsatsen omkring udsatte børn og familier er/ har været mangelfuld.

Jeg synes, at vi kunne løse opgaverne bedre.

jeg ved at alle familier bliver med indraget lige meget hvilken problematik, men jeg ved ikke om det er i det omfang som børne- og ungepolitikken kræver?

Manglende ressourcer

Er det din vurdering, at personalet i dit faglige miljø er dygtige nok til at foretage en tidlig indsats?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I mindre grad	9	10,7	11,1	11,1
	I nogen grad	34	40,5	42,0	53,1
	I høj grad	38	45,2	46,9	100,0
	Total	81	96,4	100,0	
Missing	System	3	3,6		
Total		84	100,0		

Er det din vurdering, at kommunen lever op til sin ambition om målrettet at dygtiggøre frontpersonalet?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	2	2,4	2,5	2,5
	I mindre grad	8	9,5	9,9	12,3
	I nogen grad	50	59,5	61,7	74,1
	I høj grad	18	21,4	22,2	96,3
	Ved ikke	3	3,6	3,7	100,0
	Total	81	96,4	100,0	
Missing	System	3	3,6		
Total		84	100,0		

**Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål har svaret ""Slet ikke"" eller ""I mindre grad"",
beder vi dig uddybe dette/disse svar:**

Valid	<p>De enkelte faglige ressourcer er til stede, men systemet er for dårligt til at samarbejde. Derfor bliver sagsbehandlingen langsom og mangelfuld. Dette medfører bl.a., at der bruges meget energi, uden at det fører til noget. Dette er demotiverende.</p> <p>der er alt for lidt fokus på helhedsindsats</p> <p>Det er ikke kommunens ambition der er noget galt med. Vores udfordring ligger i at ændre medarbejderkulturen til at tage ansvar for børns og unges trivsel og ikke kun deres læring</p> <p>Det er ikke nok med uddannelse - hvis de medarbejdere, som ikke er på uddannelse skal klare opgaverne oveni deres egne. Vi har alt for længe været under pres af ændringer af systemer - nye lovtillæg - uddannelse af medarbejdere osv. Der bliver aldrig kompenseret for dette - der er ikke tid til at implementere systemer osv.</p> <p>Det kan godt være at kommunen er opmærksomme på at dygtiggøre personalet, men det går for langsomt. og ellers er der pludselig ikke penge til det.</p> <p>Igen når man ikke har kendskab til politikken, arbejder man ikke med den. Kommunen beskriver en politik og det lyder flot men handlingen skal også udføres for at den bliver gavnlig.</p>
-------	---

Indenfor mit fagområde som sagsbehandler bliver uddannelse prioriteret højt! Bla. i form af diplomuddannelse, hvor over 70% har gennemgået diplomuddannelse. Årsagen til besvarelse "ved ikke" er således relateret til, at Jeg ved ikke om det er gældende i de øvrige sektorer.

Jeg tro kommunen oplever, at de lever op til deres ambition - spørgsmålet er om personalet har samme oplevelse. Min egen oplevelse, er at man forsøger ved at afholde store temadage med workshop og at man derved rammer den store gruppe af medarbejder. Personligt er disse dage meget hyggelige, men udbyttet af disse dage kan i min optik altid diskuteres. Hvor meget sidder fast og hvor stor en del bliver reelt omsat i det daglige arbejde

Nej desværre, der er for meget personale der bare "sender eleven videre" til f.eks. leder eller AKT. Nok fordi de simpelthen ikke ved hvad de elles skulle gøre. Der er for lidt kurser mm i dygtiggørelsen af personalet.

I hvilken grad vurderer du, at dit faglige miljøl lever op til dette?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I mindre grad	6	7,1	7,4	7,4
	I nogen grad	36	42,9	44,4	51,9
	I høj grad	35	41,7	43,2	95,1
	Ved ikke	4	4,8	4,9	100,0
	Total	81	96,4	100,0	
Missing	System	3	3,6		
Total		84	100,0		

Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål har svaret ""Slet ikke"" eller ""I mindre grad"", beder vi dig uddybe dette/disse svar:

Der arbejdes på disse overgange - men her i Lolland kommune er vi også i Børn og ungerådgivningen delt i afdelingerne ØST og Vest - og det er som 2 forskellige kommune - vi handler også sådan ved overførelser af sager. Dertil kommer, at politikken er, at en børnesag skal lukkes, hvis der ikke er en foranstaltning - det betyder, at sager åbnes og lukkes gentagne gange og der ikke ikke rutine for, at den

Der kan opstå udfordringen i de situationer, hvor forældre afviser at give samtykke til overleveringen. Jeg oplever endvidere, at den fysiske afstand imellem overgange fra ex. institution til skole har betydning. Forstået på den måde, at jo tættere naboer de er, jo tættere bekendtskab og jo bedre procedure eller kulture for overlevering. Om man sidder i samme distriktsteam kan lideledes have betydning.

Efter min vurdering mangler der koordination mellem dagtilbudssektoren og skolesektoren i overgangen mellem børnehave og skole. Det kunne være ønskeligt med et større kendskab til hinandens praksis.

Intet helhedssyn og intet samarbejde ud over konkrete sager, når sskaden er sket

jeg vil tro det sker, men jeg sidder ikke i det primære system
 men mangler der ikke kontakten mellem de kommunale inst og fx privatskolerne?? hvis vi skal sikre gode overgange, gælder det vel for alle??
 Nogen af overgangene lykkes bedre end andre (BH til skole ok) I mindre grad fra SFO til klub.
 Kender ikke til overgangen fra 0-3år til BH
 Total

Vurderer du at... - ... Handleguiden er velkendt i dit faglige miljø?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	1	1,2	1,3	1,3
	I mindre grad	5	6,0	6,3	7,5
	I nogen grad	27	32,1	33,8	41,3
	I høj grad	43	51,2	53,8	95,0
	Ved ikke	4	4,8	5,0	100,0
	Total	80	95,2	100,0	
Missing	System	4	4,8		
Total		84	100,0		

Vurderer du at... - ... Handleguiden er hjælpsom i forhold til at opdage socialt udsatte børn og unge tidligt?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I mindre grad	5	6,0	6,3	6,3
	I nogen grad	34	40,5	42,5	48,8
	I høj grad	34	40,5	42,5	91,3
	Ved ikke	7	8,3	8,8	100,0
	Total	80	95,2	100,0	
Missing	System	4	4,8		
Total		84	100,0		

Vigtige principper i Handleguiden er ""barnet i centrum"" og løbende inddragelse af forældrene i samarbejdet. Vurderer du, at I lever op til disse principper?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I mindre grad	3	3,6	3,8	3,8
	I nogen grad	30	35,7	37,5	41,3
	I høj grad	44	52,4	55,0	96,3
	Ved ikke	3	3,6	3,8	100,0
	Total	80	95,2	100,0	
Missing	System	4	4,8		
Total		84	100,0		

I Handleguiden findes en liste over de første bekymringstegn. Anvendes denne liste i dit faglige miljø?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	1	1,2	1,3	1,3
	I mindre grad	12	14,3	15,0	16,3
	I nogen grad	36	42,9	45,0	61,3
	I høj grad	21	25,0	26,3	87,5
	Ved ikke	10	11,9	12,5	100,0
	Total	80	95,2	100,0	
Missing	System	4	4,8		
Total		84	100,0		

I Handleguiden findes konkrete redskaber, der kan hjælpe jer i forbindelse med tidlig indsats, f.eks.

Børnelinjen 1-2- og 3. Anvendes disse i dit faglige miljø?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	6	7,1	7,5	7,5
	I mindre grad	17	20,2	21,3	28,7
	I nogen grad	34	40,5	42,5	71,3
	I høj grad	9	10,7	11,3	82,5
	Ved ikke	14	16,7	17,5	100,0
	Total	80	95,2	100,0	
Missing	System	4	4,8		
Total		84	100,0		

I Handleguiden findes skemaer for - og beskrivelser af eksemplariske handleveje i en bekymrings sag.

Anvendes disse i dit faglige miljø?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	3	3,6	3,8	3,8
	I mindre grad	10	11,9	12,5	16,3
	I nogen grad	33	39,3	41,3	57,5
	I høj grad	24	28,6	30,0	87,5
	Ved ikke	10	11,9	12,5	100,0
	Total	80	95,2	100,0	
Missing	System	4	4,8		
Total		84	100,0		

Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål har svaret ""Slet ikke"" eller ""I mindre grad"", beder vi dig uddybe dette/disse svar:

Der er få på min arbejdsplads der kender til denne guide. Den er omtalt og delt ud/printet, men er endt bagerst på hylden hos de fleste. Det er få i personale gruppen, der følger og handler ud fra denne guide. De fleste sender "bare" eleven videre til AKT eller ledelse, hvis de har en bekymring/mistanke og det er så disse, der tager evt. sag videre i systeme

Der handles nok først, når fagpersonalet er "sikker", og ikke ved de første bekymringstegn.

Det mgl. kendskab ser jeg som det største problem. Folk ser/læser glemmer og gør som man plejer.

Handleguden anvendes i i det daglige arbejde. Den bruges primært i de "tunge sager"

Handleguiden er ikke en del af vores hverdag.

Igen manglende kendskab til børne- og ungepolitikken.

Jeg erindrer ikke at mit faglige miljø på noget tidspunkt er blevet forelagt denne handleguide.

Personligt har jeg selv måttet finde den på nettet og nærlæse denne.

Jeg har den liggende og kigger på den når jeg har bekymringsbørn men jeg ved ikke hvordan de andre arbejder med den.

Jeg har ikke kendskab til at børnelinjen bliver anvendt

Men her tid til opgaver igen problemet - som medarbejde er vi også forskellige og der kan ikke ved afkrydsning rubrikker skabes en lighed.

Små børn i dagplejen har ikke kompetencer til at benytte børnelinjen.

vi benytter ICS i forbindelse med børnefaglig undersøgelser når sagen er overgået til os, men vi inddrager altid de konkrete observationer der indgår

Hvor stor en andel af de børn/forældresager, hvor der rejses en bekymrings sag (jf. Handleguiden),
ender forløbet efter din vurdering med en underretning?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-10 %	16	19,0	20,3	20,3
	10-20 %	10	11,9	12,7	32,9
	20-30 %	7	8,3	8,9	41,8
	30-40 %	4	4,8	5,1	46,8
	40-50 %	3	3,6	3,8	50,6
	50-60 %	6	7,1	7,6	58,2
	60-70 %	6	7,1	7,6	65,8
	70-80 %	3	3,6	3,8	69,6
	Ved ikke	24	28,6	30,4	100,0
	Total	79	94,0	100,0	
Missing	System	5	6,0		
Total		84	100,0		

Vurderer du samarbejdet mellem dit faglige miljø og myndighedsafdelingen som tilfredsstillende i de
tilfælde, hvor i har sendt en underretning?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	2	2,4	2,6	2,6
	I mindre grad	8	9,5	10,3	12,8
	I nogen grad	24	28,6	30,8	43,6
	I høj grad	29	34,5	37,2	80,8
	Ved ikke	15	17,9	19,2	100,0
	Total	78	92,9	100,0	
Missing	System	6	7,1		
Total		84	100,0		

Får I altid en kvittering på underretningen?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	1	1,2	1,3	1,3
	I mindre grad	2	2,4	2,6	3,8
	I nogen grad	15	17,9	19,2	23,1
	I høj grad	43	51,2	55,1	78,2
	Ved ikke	17	20,2	21,8	100,0
	Total	78	92,9	100,0	
Missing	System	6	7,1		
Total		84	100,0		

Medvirker Handleguiden til, at I efter underretningen føler jer inddraget i tilstrækkeligt omfang?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	4	4,8	5,1	5,1
	I mindre grad	10	11,9	12,8	17,9
	I nogen grad	34	40,5	43,6	61,5
	I høj grad	10	11,9	12,8	74,4
	Ved ikke	20	23,8	25,6	100,0
	Total	78	92,9	100,0	
Missing	System	6	7,1		
Total		84	100,0		

**Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål har svaret ""Slet ikke"" eller ""I mindre grad"",
beder vi dig uddybe dette/disse svar:**

Valid	<p>da jeg ikke kender til handleguiden ved jeg ikke om det er derfor vi ikke er inddraget. men vi føler os ikke hørt og med inddraget når vi har lavet underretninger.</p> <p>Der savnes generelt orientering om, hvilke handleplaner der efterfølgende aftales med familierne, samt fælles aftaler.</p> <p>Det går simpelthen for langsomt når vi sender en underretning afsted.</p> <p>Det virker sjældent som om, at der bliver reageret på en underretning.</p> <p>Jeg er inhabil i denne sammenhæng. For jeg har en stilling som børnerådgiver/sagsbehandler, og er dermed den person, der sender kvitteringer og inddrager "afsender". Og det synes jeg jo, at jeg gør.</p> <p>Jeg er myndighedsrådgiver-</p> <p>Jeg er myndighedssagsbehandler, så det er mig som sender kvittering og inddrager det faglige miljø, hvorfor jeg ikke kan svare herpå</p> <p>Jeg har ikke foretaget en underretning, men vejleder ofte frontpersonale jeg modtager underretningerne</p>
-------	---

Jeg sidder selv som myndighedssagsbehandler.

kan ikke besvarer da jeg sidder som myndighed

mange af vores medarbejdere oplever ofte, at de efter en underretning ikke inddrages eller informeres om mulige tiltag i relation til den unge eller familien. De føler sig ofte ikke inddraget.

Myndighedspersonerne har for travlt

nu sidder jeg i myndighedsafdelingen og er ikke den rette at spørge

Når underretningerne er sendt hører man ofte ikke mere. Ved ikke om der kommer kvitteringer, det kunne være ønskeligt med bedre kommunikation mellem sagsbehandler og lærer/pæd. Men dette er blevet vanskeligt gjort af den store udskiftning af personer(psy, sagsbehand. mv.) Oplevelsen er at sagerne ligger stille eller starter forfra, pga af udskiftningerne blandt samarbejdspartner

Spørgsmål som jeg ikke kan besvare, da jeg go sidder som myndighedssagsbehandler

Vi oplever ikke, at blive informeret eller inddraget efter en bekymringshenvendelse

Total

Er der noget der efter din vurdering mangler eller ikke fungerer i Handleguiden, eller noget du kunne ønske tilføjet til den eksisterende guide?

Valid

At den blev gennemgået eksempelvis fra en børne-ungerådgiver på et fællesmøde for samtlige skoleansatte.

At der var et mere eksemplarisk, anerkendende og tæt samarbejde sektorerne imellem. At de sociale problemer børn og unge måtte være i anerkendes som mulig årsag til ikke at trives optimalt i skolen.

At skolen/ medarbejderne ikke står tilbage med følelsen af, at de får den respons, at et socialt problem - ikke behøver ikke at betyde noget for trivlsen i skolen eller i relation til andre mennesker.

Oftede oplever skolerne, at deres bekymring for et barn ikke tages alvorligt, eller at skolen ikke skal "blande si

Den er meget omfangsrig - og det betyder desværre, at der er flere, som ikke får læst den (min oplevelse).

Der en underopdatering - så det ønsker jeg bliver færdiggjort , men det tage også tid - for ledelsen en drøftelse på distrikteams om, hvordan man forholder sig til børn, der lider afsavn pga af fattigdom hos forældrene. Ved at vi bruger mange ressourcer på at tilbyde ferielejre og julehjælp - kunne være en koordinerede indsats

Er lidt svært at forholde sig til lige nu

Handling på fælles/støttende forebyggende indsats i normalområdet, i samarbejde på tværs og selvfølge lig med forældre.

Ja, at børne linealen bliver omsat til de reale vilkår der gælder imLolland Kommune og der er en konkret og tydelig indsats i forhold til børnelinealen. Min og mine medarbejders vurdering i forhold til andre myndigheders vurdering i forhold til børnelinealen og ikke mindst indsats er ikke sammenlignelige.

jeg er myndighedssagsbehandler

Jeg synes, at der mangler navne på medarbejdere i rådgivningen, som eksempelvis kan anvendes til sparring - ud over anvisningerne i handleguiden - i vold og krænkelsessager.

Jeg vurderer at der er behov for større kendskab til handleguiden på skolerne

Man skulle undersøge om de beskrevne procedure, bliver brugt og hvor stort kendskabet reelt er.

Spurgte for sjov 6-7 kollegaer: 3 havde hørt om guiden og de sidste vidste ikke hvad jeg talte om.

Kunne være at man skulle holde kursus dag i guiden, i mindre hold hvor man fik opgaver og lærte at bruge den. Og ved denne lejlighed også brugbar feedback. Guiden skal ikke være i djøf/konsulent produkt men et arbejdsredskab.

Nej

nej

Større kendskab omkring politikken blandt personalet som skal arbejde med politikken, evt. lav et aftensmøde for at oplyse om politikken, personalet har ikke tid til at læse politikken mens de er på arbejde og bruger ikke fritid på det.

tror jeg ikke

Total

I hvilket omfang oplever du, at jeres faglige miljø lever op til denne hensigt?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I mindre grad	3	3,6	3,9	3,9
	I nogen grad	38	45,2	50,0	53,9
	I høj grad	33	39,3	43,4	97,4
	Ved ikke	2	2,4	2,6	100,0
	Total	76	90,5	100,0	
Missing	System	8	9,5		
Total		84	100,0		

Er det din vurdering, at der i kommunen er et fælles fagligt sprog (de professionelle anvender samme udtryk i forbindelse med indsatsen i forhold til for udsatte børn)?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	3	3,6	3,9	3,9
	I mindre grad	7	8,3	9,2	13,2
	I nogen grad	46	54,8	60,5	73,7
	I høj grad	16	19,0	21,1	94,7
	Ved ikke	4	4,8	5,3	100,0
Total		76	90,5	100,0	
Missing	System	8	9,5		
Total		84	100,0		

Bygger jeres fælles faglige sprog på begreber i den sammenhængende børnepolitik?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	1	1,2	1,3	1,3
	I mindre grad	9	10,7	11,8	13,2
	I nogen grad	45	53,6	59,2	72,4
	I høj grad	9	10,7	11,8	84,2
	Ved ikke	12	14,3	15,8	100,0
	Total	76	90,5	100,0	
Missing	System	8	9,5		
Total		84	100,0		

Bygger jeres fælles faglige sprog på Handleguiden?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slet ikke	1	1,2	1,3	1,3
	I mindre grad	6	7,1	7,9	9,2
	I nogen grad	52	61,9	68,4	77,6
	I høj grad	6	7,1	7,9	85,5
	Ved ikke	11	13,1	14,5	100,0
	Total	76	90,5	100,0	
Missing	System	8	9,5		
Total		84	100,0		

**Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål har svaret ""Slet ikke"" eller ""I mindre grad"",
beder vi dig uddybe dette/disse svar:**

bare begrebet forebyggende er der forskellige holdninger til. Primær området tro, at myndigheds området forebygger, hvilket vi gør ved ikke, at anbringe. Vi har til gengæld en holdning om, at primær området skal forebygge og lave en tidlig indsats

Der er iværksat tiltag for at udvikle fælles fagligt sprog

Det er svært at svare på om vi har et fælles sprog, da jeg oftes er den der ender med sagen for en kollega. Så jeg ved ikke om jeg og mine kollegaer har samme sprog, men min leder og jeg har, samt de eksterne jeg har arbejdet tæt sammen med.

fordi jeg har krydset af i ved ikke er fordi jeg oplever altid at skulle være på vagt når jeg bruger begreber i forhold til udsatte børn/familier, netop fordi jeg ikke ønsker at blive misforstået da dette kan have indflydelse på processen i sagen. Så jeg uddyber og sikre mig altid at fx. sags behandler ved hvad jeg mener.

Jeg har svaret "i nogen grad" i forhold til fælles sprog fra handleguiden. Dette skal ikke forstås som at vi ikke anvender sproget i handleguiden til fulde, men vi besidder også en del viden, som vi har fra andre steder (uddannelse, forskning mm), og disse sprogtermer og forståelsesrammer bliver bestemt også anvendt.

Jeg mener, at vi i Vestgruppen har et godt kollegaskab, hvor vi også vægter faglighed - Det gode kollegaskab er en meget væsentlig faktor for at kunne arbejde i det spændingsfelt vi er i.

Jeg oplever ikke, at vi har et fælles sprog, eller fælles forståelse

Jeg oplever som afdelingsleder i folkeskolen at lærere og pædagoger stadig er af den opfattelse at børn med problemadfærd ikke bør være i skolen, fremfor at se på egen praksis og ændre den. Der er efter min vurdering lang vej til de fælles professionelle sprog og den fælles faglige vurdering af hvornår et barn eller en familie er behandlingskrævende.

Se tidligere bemærkninger Tænker at hver faggruppe har deres eget sprog. Men kunne være rart med et fælles sprog. Men et fælles sprog, kræver i min optik et større kendskab til hinandens opgaver/arbejde. Tror at kendskabet til hinanden er forudsætning for at opnå et fælles sprog. Lige nu bygger kendskabet på tro, synsninger og historier

Total

Er der forhold (problemstillinger, udfordringer o.lign.) vedrørende socialt udsatte børn og unge, der særligt knytter sig til dit professionelle virke, som ikke er berørt i det ovenstående?

Valid

at vi fx har måtte spare mange institutionspladser væk, hvor der var plads til børn med særlige behov. derfor lider en ene spaciell børnehave, vi har tilbage, stor overlastm, og derfor opnår vi ikke de samme gode resultater som førhen. derudover er der flere børn der sendes i alm. daginst. el skole som slet ikke høre til der. men der er ikke andre tilbud!!! dette påvirker også de normale børn der føler sig overset, da der ikke er tid og PLADS til dem. det er skuen uden ende og en ond cirkel man har startet! som i sidste ende går ud over både den svage men også de stærke børn, som skal lede landet videre....

Der er ikke spugt til hvordan sundhedstilstanden er hos de udsatte børn, som modtager særlig støtte - tænker det kunne være nyttigt at se om der er en sammenhæng og om der er behov for særligt fokus på sundhedsmæssige tiltag/foranstaltninger for denne gruppe udsatte børn

Det er en udfordring at der skal spares på alle niveauer.

Det er en udfordring at få distrikteamet til at fungere og til at blive prioriteret især fra tovholders side. Jeg husker ikke at vi har haft handleguide og Børne- Unge politikken oppe i det fora - men det er jo også mit ansvar! Jeg oplever ikke altid at tale samme sprog som Børne- unge rådgivningen og at min faglighed respekteres - det gør den heldigvis for det meste - problematikken er meget person afhængigt. jeg kunne godt ønske at kommunens integrationsafdeling var en meget stærkere samarbejds partner for alle os i hele Børne unge området. Jeg kunne ønske et meget meget bedre og meget mere tværfaglig arbejde omkring sårbare gravide. ofte "dumper" de ned fra himlen i sundhedsplejen når de netop har født, uden at der i grav. er samarbejdet med f. eks. prak. læge., jordemor, kontanthjælps afdelingen, sundhedsplejen m.fl.

Hvordan oplever skolerne, at børn og unge, som ikke er i trivsel heller ikke er i læring. Hvad oplever skolen, at der skal være til af forudsætninger for et barn eller en ung for at være i trivsel og læring.

I forhold til arbejdes som myndighedssagsbehandler, kan det være vanskeligt at overholde tidsfrister for BFU, handleplaner og indstilling til beslutningsudvalget

I SSP-regi: Fokus på prioritering af hvilke indsatser: Generelle, specifikke, individuelle kommunen skal arbejde med!

Ja jeg oplever at mangle redskaber og handlekompetence til at kunne vurdere hvor familiens udviklings niveau er henne for så at kunne støtte dem derfra. Det er ofte gisninger når man starter et sted med at ville rykke familien. HVordan får man afdækket ordentligt, opdager hvor stort mentaliserings evne familien besidder, hvilke forældre kompetencer har de og hvilke mangler de? Det er en mangel hos mig hvor jeg ofte famler lidt og bliver klogere bagefter når missionen ikke lykkedes eller lykkedes. En anden problematik er det her med forældre inddragelse. Det har været et problem for mig at jeg i alle tilfælde skulle inddrage forældrene. Bla. med storeskolebørn der gerne ville være fortrolig med undertegnede først inden vi gik til forældrene. Har været udsat for at den unge og jeg løste problemet men pga lovgivningen blev jeg nødt til at inddrage forældrene som ikke kunne bidrage til noget positivt til barnet/den unge. Tværtimod. Hun blev støttet og hjulpet igennem en svær proces og klarede det godt. Men fik et "gok" i nøden af sine forældre.

Ja, da - man spørger aldrig i disse undersøgelser til vores arbejdsmiljø - igen er det en afkrydsning på, hvad vi gør og hvad vi ved. Det kan jo ikke hjælpe noget, at vi godt ved, hvordan vi skal hjælpe børn/unge og deres familie, hvis vi ikke får muligheden for det pga. manglende tid til borgerne, fordi vi skal bruge vores tid på at passe systemer og lære nye ting. Da så overgrebspakken kom i okt. 2013, og Socialministeriet gav tilskud til Lolland kommune med omkring 400.000 kr. - blev det blot meddelt os, at disse penge gled ind i budgettet, vi skulle løse merarbejdet med sammen medarbejderressourcer - og enddag være glade for, at der ikke skulle fyres 2 medarbejdere. Lige nu har vores socialminister sendt brev til borgmestrene i kommunerne om hvordan det går med området socialt udsatte - hvad mon vores borgmester vil svare - og hvem mon skriver det svar ?

Jeg oplever ind imellem at nogle familier kan have brug for ekstra hjælp og støtte til at varetage deres lille barns behov. Inden denne hjælp kan blive iværksat går der ofte meget lang tid, da der skal indhentes forskellige papirer på familien og evt. undersøgelser. Jeg syntes ind imellem at sagsgangen er for langsom.

Jeg oplever stor fattigdom hos børn som kan føre til omsorgssvigt - det beskrives ingen steder om hvordan man som medarbejder skal forholde sig til det

Jeg synes den juridiske del af arbejdet med udsatte børn og unge spiller en væsentlig rolle! Fx er et barn ikke juridisk et barn før det bliver født. Jeg er bekendt med, at der foreligger etiske dilemmaer, men det kan konkret betyde, at man først kan hjælpe barnet, når det bliver født fx med selve afgørelsen om anbringelse, abstinensbehandling og evt. andre skader. Det kan virke et paradoks til forebyggelse. Forældre kan nemlig til enhver tid trække deres samtykke/samarbejde under graviditeten. Det påvirker således vores mulighed for at hjælpe barnet med en tidlig indsats og inden skaden sker - både sundheds- og trivselsmæssigt. I forhold til den juridiske del, så forefindes der ligeledes mange krav til myndighedspersonalet med frister, dokumentation i form af undersøgelser mv., afholdelser af forskellige typer børnesamtaler, opfølgninger mm., men jeg har ikke indtryk af, at praktikere bliver spurgt til om det er realistisk at kunne overholde disse. Eller hvordan vi kan sikre dette - fx ved at sætte rammer for antal af sager mv. Vi er en upopulær faggruppe, som hænges ud i medierne, praksisundersøgelser mv., for ikke at leve op til lovkrav mv., men konklusionen er - mig bekendt - aldrig, at mængden af arbejdsopgaver og krav ikke stemmer overens, hvad der reelt er muligt. Kravene til kvaliteten af dokumentation og anvendelse af viden er steget, samtidig med at der kommer besparelser, hvor vi skal kunne vise, at vi yder maksimalt. Misforstå mig ikke i forhold til, at jeg ikke ønsker at overholde frister og krav. Det vil jeg rigtig gerne, og synes at børnefaglige undersøgelser er fantastiske til at have barnet i centrum, men en god undersøgelse tager også ml. 25-37 timer at lave. Dertil kommer alle de øvrige opgaver! Så vi er ikke en faggruppe, der afviser at lave det vi skal, men som bestemt har udfordringer i vores virke med at leve op til de juridiske krav og frister, som jo et eller andet sted eksistere med henblik på at kunne sikre udsatte børns sundhed og trivsel. Jeg tænker også der foreligger en udfordring i arbejde med udsatte børn i alderen 0-3 år, da der er få besøg fra sundhedstjenesten, og få kontroller hos praktiserende læge og jordmoder. Måske kunne det være interessant at kigge på, hvor mange børn, der findes i den aldersgruppe, og hvor mange af disse der er knyttet til dagpleje/vuggestue, og om der kan ydes en særlig indsats der? Vores kontaktflade med jordmødre/læger/sundhedsplejersker/dagpleje/vuggestuer er væsentlig mindre end til ex skolerne og SFO'er.

Jeg vejleder/ superviserer frontpersonale, - og har specifik taleundervisning med børn med tale/sprog vanskeligheder, gerne med forældre eller tæt kontakt.

Jeg vil gøre opmærksom på, at jeg er formand for skolebestyrelsen og har mange "ved ikke"-svar af denne grund! Flere af spørgsmålene har jeg ikke indgående medarbejder-kendskab til, som der bliver spurgt.

Manglende ressourcer

motivation af fysiske syge forældre, forældre overskud/ energi på grund af egne problemstillinger. Sammenhæng i sammenarbejde med mennesker der kommer i hjemmet eller en overlevering af forældre problemstillinger, der kan stigmatiserer barnet i hjemmemiljøet.

Nej

nej

Som mor til 5, hvoraf de 3 er lykkeligt "omme på den anden side" & godt på vej på "uddannelsesstien", har jeg somme tider haft svært ved at se inklusionen give mening. Folkeskolen er for folkets børn. Folket er yderst forskelligt & præcis derfor har mine børn skulle stifte bekendtskab med mangfoldigheden. Men jeg har ofte været træt af, at laveste fællesnævner har banet vejen. Jeg håber i den grad, at den nye folkeskolereform ikke kun er flotte ord når : ALLE børn skal lære/udvikle sig mest/bedst muligt, på alle niveauer & ved brug af forskellige metoder.

Tja , der er ikke spurgt ind til den økonomiske faktor, der desværre er dominerende i dette felttog alt andet dominerer i forhold til indsatsen.

Total

Kan du pege på eksisterende tiltag og initiativer på din arbejdsplads, som du vurderer fungerer godt i forhold til udsatte børn og unge?

Valid

-Tæt kontakt imellem samarbejdspartnere -Netværksmøder -Der er søgt projektmidler til projekt, der involvere flere sektorer -Vi har etableret "familiesupplering" og Toftegård, som foranstaltningmuligheder, hvor der ydes massiv støtte, men hvor børnene fortsat bor Hjemme. - Prioriteringen af uddannelse af personalet -Et modtage-akut team arbejdet med Tilknytningsmønstre. relationsarbejde. sundhed - kost, bevægelse - søvn - daglig stimuli i følge læreplaner og tænke hermeneutisk eller didaktisk - tryghed og overskueligt miljø, lille gruppe, med mulighed for at øver at være i større sammenhæng. Arbejde med at skabe glæde og flow for det enkelte barn i hverdagen. være støttende i barnets følelse udvikling.

At vi arbejder både i grupper og individuelt med børnene i forhold til deres særlige behov! Vi arbejder ihærdigt på relationer og på anerkendelse af det enkelte menneske!

At vi i Lolland Kommune har nedsat et distriktteam fra hver skoleafdeling- bestående af personale/ledelse fra dagplejen, dagtilbuddet, børn og unge rådgiver, sundhedsplejerske, motivationsvejleder, skole, SFO. Dette gør at vi hele tiden på tværs af faggrænser overordnet kan debattere diverse tiltag og initiativer til gavn for det enkelte barn. Ofte kan dette bevirke, at der afholdes netværksmøde omkring et barn i krise fremfor en underrretningen.

Bred vifte af initiativer og tiltag fungerer godt!

De åbne rådgivninger/den konsultative tilgang er en god måde at arbejde med problemstillinger i forhold til udsatte børn og unge på.

Deltagelse i projekt fremtidens dagtilbud, samt fælles inklusionsudvikingsprojekt på Børn og unge området

Der er mange gode intentioner - Det fungerer godt, når vi som medarbejdere finder hinanden på tværs af afdelinger og grupper og sammen løser opgaverne - anvender hinandens engagement for at støtte det enkelte barn. Der er på trods af alle mulige grænser- nogle uformelle veje - når vi kender hinanden - og gør en ekstra indsats for at komme den korteste vej frem til en støtte/hjælp/indsats.

Distrikts team Psykologer og socialrådgiverne ud på skolerne Brugen af AKT lærere/vejledere på skolerne

Distriktsteam

Distriktsteamene. Overleveringer fra Børnehave-SFO-juniorklub Et godt forældresamarbejde. Tidlig inddragelse af forældrene.

Distriktteamsarbejdet

Et "lille" integreret dagtilbudsmiljø 0-6 , hvor barnet ikke skal skifte miljø. Og hvor der er en høj grad af inklusion

Forældre uddannelse til nybagte forældre. Motivationsvejledere til skolebørn. Hurtige netværksmøder.

forældresamarbejdet og samarbejdet med ppr og børnesagsbehandler fungerer godt

fælles ICS metode til arbejde med børnefaglige undersøgelser og drøftelse af en sag.

God arbejdsmæssig sparing

Godt tværfagligt samarbejde imellem sagsbehandler, ergoterapeut, fysioterapeut og sundhedsplejerske

Høj grad af forældre/familieinvolvering.

ikke pt, har meget travlt og kan derfor ikke lige overskue mere end 5 min ude i fremtiden

inklutions arbejde i min afdeling

især, at der nu ligeledes er socialrådgiver i daginst., hvor pædagoger og forældre kan få råd/vejledning

At der sat fokus på handleplaner, som kan blive meget mere konkrete og målbare

Ja - netværksmøder er en tilgang som grundlæggende giver mening. Desværre opleves det også som en indsats som min arbejdsplads skal levere og så længe det går godt denne vej er alle andre indsatser altid afventende. først når der kommer en skrap underretning på samme sag kan der måske ske en reaktion.

Jeg har kendskab til at der afholdes såkaldte "distriktsteammøder". På disse møder er der repræsenteret alle de faggrupper der er inde over en familie ved problematikker. Det er en kæmpe fordel at dele viden & fordele arbejdsopgaverne mellem hinanden mens alle involverede er til stede.

Jeg oplever, at samarbejdet mellem PPR, institutioner og skoler gør, at der hurtigt kan laves opsporing ved åben rådgivning og PPR møder eller indkaldelse til netværksmøder med henblik på tiltag.

Lever op til lovmæssige krav

Marte Meo forløb

morgenmadscfe. Lektiecafe. Tættere skole/hjem samarbejde.

Mulighed for at give ekstra hjemmebesøg til familier med særlige behov og opfølgende samtaler med skolebørn med særlige behov samt inddragelse af forældre.

Nej, det er jo ikke min arbejdsplads, da jeg er formand for skolebestyrelsen.

Netværksmøder LKT pædagoger undervisningsdifferentiering øget fokus på, at barnet skal have det mentalt, fysisk og psykisk godt for at være i trivsel og udvikling den kontinuerlige og individuelle samtale og elevens læringsmål

Netværksmøder er meget mere anerkendende, imødekommende, ressourceidentificerende i samarbejdet med forældrene end en underretning. De giver et bedre samarbejde med forældre og de bliver mere aktive og ansvarlige

Oprettelse af børne- og familiegrupper. Samvirket med de humanitære organisationer

Oprettelse af MAteam, hvor der er fokus på tidlig indsats og forebyggelse.

Overgang fra dagpleje til børnehave, legestue i børnehaven

Pædagogisk tilsyn hos dagplejerne, giver indsigt og viden om det pædagogiske relations arbejde, trivsel hos børnene, videndeling og vejledning evt. tiltag for videre handling :inddragelse og samarbejde med forældre, iværksætte handlingsforløb (fx. sprog, relations arbejde, sansemotorisk træning, inklusion m.m.), tværfagligt samarbejde m.m. Det pædagogiske Tilsynet er vigtig i forhold til en tidlig indsats.

Samtale grupper igennem AKT. Inklusionsenheden der har 5 børn til 2 voksne, hvor der er tid til morgenmad, nærværd og omsorg.

Sund kantine-kost, frugtordning & motions-timer foruden idrætstimerne, er med til at fremme velvære/trivsel hos vores elever. Hygiejne-samtaler i forbindelse med luse-tjek, toiletbesøg mm, er givtige & børnene vil rigtig gerne kontakten med en tryk voksen.

Supervision fra PPR til lærer og pædagoger er med til at ændre børnesynet og familiesynet. Det er jeg meget glad for. Efter min vurdering er PPR personalet meget dygtige og gode til at sætte refleksion igang hos lærere og pædagogerne i skolen.

Tværfagligt samarbejde

Tæt dialog til forældre, hvor der udtrykkes tydelige forventninger til børnenes skolegang. Tæt kontakt til udsatte børn gennem AKT personale eller kontaktpersoner.

Tæt forældresamarbejde med aftale møder sammen med andre fagfolk

Tæt sammenarbejde med hjemmet - som bygger på gensidigt respekt. Dette blandt alle involveret personer. Skoleverden hænger lidt efter på dette punkt.

Vi satser på den meget tidlige indsats med forskellige tiltag i forhold til aktiviteter for de helt unge forældre og andre for generelt udsatte familier med småbørn

Vores behovs sundhedspleje og nogen gange vores distriktsteam. Vores nemme tilgang til samarbejde med Børnerådgivningen og PPR, som vi deler hus med. I allerhøjeste grad projekt "ung mor i Uddannelse" et fantastisk tilbud til unge sårbare mødre, som slet ikke kan undværes - det er i den grad forebyggende og med til at give mødre og deres børn en anden tilgang til livet og dets udfordringer. Endvidere har projektet " God start" også forebygget og styrket forældreskabet hos de familier der har deltaget, udsatte såvel som ikke deciderede udsatte

åben anonymrådgivning i skoler og daginstitutioner, distriktssteam.

Åben rådgivning på skolerne, godt samarbejde med Støtte/kontaktpersoner fra Toftegård

Total

Har du ideer til nye tiltag på din arbejdsplads målrettet udsatte børn og unge, som kunne afhjælpe eksisterende sociale eller sundhedsmæssige problematikker?

Valid

anvendelse af babysimulatorforløb hos sårbare unge på Produktionsskoler

At der blev indført daglig morgenmad og frokost til eleverne. Elever uden idrættøj, blyanter mm fik/lånte af skolen så de kunne deltage aktivt i alle fag.

At vi to akt-lærere der er på skolen, fik uddannelsen som akt-vejleder. Vi mangler redskaber til at vejlede vores kollegaer.

Det er jo lidt hønen eller ægget, vi har fokus på forældre og børn hver for sig tænker at samhengende familie arbejdet kunne være udviklende. indtænke mere familierelationen ind. har for længe siden tænkt, at hvis en mor kunne være sammen med mine dagplejer og indlære hvordan forælderrollen og hjem fungerer sammen i praksis. Kunne dagplejer bruges som rollemodeller i familie træning.

Det ville være rigtig godt, at den enkelte skoleafdeling havde tilknyttet faste sundhedsplejerske, børn og ungerådgiver samt PPR. Som nu har den enkelte familie og os professionelle ofte skiftende børnerådgiver, det gør at sagerne ofte trækker ud. Det gavner ikke det enkelte barn.

Folkeskolereformen har kontaktperson med - hos os betyder det, at det enkelte barn får fast tilknyttet en kontaktperson, som taler med barnet - en til en samtale- hver 3. uge. Her tales om trivsel, læring mv.

En endnu tættere samarbejde mellem sundhedsplejersken, børnesagsbehandlerne og daginstitution/skole. Trist at sundhedsplejersken ikke i højere grad bliver anvendt.

En uddannet AKT vejleder En skolehjemvejleder til vores DSA elever ville være guld værd

Et lille integreret dagtilbudsmiljø

flere kompetencer, færre Grå zoner ift. sammenhæng mellem diagnoser og hjælp til familien

Flere ressourcer til skolearbejdet - hvor der gerne måtte blive mulighed for flere hjemmebesøg til skolebørn og deres forældre. Arbejdsgrupper der vedrører både forældre og børn der skal tage udgangspunkt i forskellige problemstillinger eller emner f.x. hvordan laver vi mad på en sund, nem og billig måde.

Fokus på aldersgruppen 0-3 år og udvidelse af samarbejdet med dagplejepædagoger, sundhedsplejersker via kontaktperson i rådgivningen eller fastlagte møder, hvor der kan udveksles anonyme børn, strategier mm. Kontaktpersoner i børnerådgivningen i forbindelse med Vold og krænkelsessager

Fortsat fokus på tværgående samarbejde sammen med børn og forældre. Fortsat fokus på børn og unges muligheder for læring i dagtilbud og i skole Fortsat fokus på uddannelse og job til forældre.

Forældrekurser allerede når børnene skal i før-skole. Opfølgning før mellemtrinnet i 4. & atter inden udskoling i 7. Alle 3 kurser med fokus på alder, udvikling mm. samt en forventningsafstemning mellem skole & hjem hver gang.

Forældrekurser burde være et tilbud : ikke frivilligt, men lagt op til gensidig dialog/ interesse for barnets kommende skoleverden. Forventningsafstemme hvad er skolens ansvar & hvad er hjemmets. Første del når barnet starter i 0. - opfølgning i 4. (melletrinnet) & tredje del i overbygningen (ved start 7. kl.) fælles holdninger til fattigdom - skal der kompensere eller hvordan skal vi gribe opgaven an
Gratis frokost. Gratis fritids tilbud.

Har omtalt dem 2 sider tilbage.

ikke ud over eksisterende

Kursus i hvordan det er at være forældre mens de venter sig, så de bliver dannet til håndtere deres rolle, når barnet er født . Formål de nybagte forældre bliver mere sikre i deres forældre rolle.

Lolland kommune er med i et projekt, hvor der arbejdes helhedsorienteret i forhold til familien, børn.

Tænker at tværfaglig samarbejde, er det der kan løfte en del problematikker i familien

Mere fleksibelt læringsmiljø individuelle læringsmål

Mere fokus på "forældreuddannelse". Mange af vores nybagte forældre har ikke selv oplevet det vi kan kalde den normale opvækst helt basale ting som husholdning er en udfordring, både når vi taler husførelse, økonomi, madlavning osv. Pleje og stimulering af det lille barn, og det at være et godt forbillede for sit barn.

Mere samarbejde ml. dagpleje og børnehave

nej

Noget mere fokus på støtte i hjemmet og forældre rollen. Familieklassen på ravnsholm skolen har virket, måske skulle dette etableres med et helt andre kriterier. Måske måle på hvilke problematikker der egentlig er her og hvad er det svære for så derefter at sætte noget igang.

Nu vil jeg slutte, for jeg har ikke tid til mere.

Oplyse de ansatte bedre om politikken på området. Ikke kun sende materiale ud på skrift men have en dialog omkring politikken og hvad er tanken bag politikken.

Samarbejde med sundhedstjenesten

Samtalegrupper med børn. Bedre normering, da Lolland kommune er et meget sprogfattigt område, hvor tidlig indsats er altafgørende.

se forrige svar

SSP-regi: Nye tiltag og ideer diskuteres løbende for at optimere indsatser fx forældresamarbejde, Trykt Natteliv, alkohol, skolefravær m.m.

Tættere samarbejde på tværs af faggrupper og øget inddragelse af forældre.

Vi laver pt. 3 års besøg.

Vi skal blive ved med at arbejde med trivsel og læring som hinandens forudsætning for et sundt børneliv.

Total

Har du øvrige kommentarer?

Børne- og ungepolitikken fylder 30 sider og har et højt lixtal og er dermed svær at læse.

Handleguiden fylder 60sider og er under revidering til en mere kortfattet version.

Det er "op-ad-bakke", hårdt arbejde hver dag. Heldigvis er vi stadig nogle professionelle tilbage, som i den grad brænder for disse udsatte børn/unge menneske & (også) deres forældre. Mit motto er, at det er aldrig for sent, & den dag jeg ikke går på arbejde med denne indstilling, er tiden kommet til, at søge andre "græsgange" !!!

Generelt synes jeg at vi har stor faglighed blandt ansatte i B&U, men at teorierne bliver brugt for lidt - i stedet er det økonomien der bliver afgørende for opgave løsningen, eller mangel på samme. Jeg synes måske også at der fra kommunens øverste ledelser kommer mange fine politikker og hensigter, men hvordan det går med dem ude i det "virkelige liv" er der måske ikke så stor bevågenhed fo

Ja - en tættere kontKt til psykologer og sundhedsplejerskene. Trist at psykologerne er trukket tilbage og nu mere fungerer som rådgivere . Kunne ønske at sundhedsplejerskene i endnu højere grad kommer i tættere kontakt til institutionerne.

Ja, jeg har svaret som formand for skolebestyrelsen og har svært ved at svare konkret på mange af jeres spørgsmål - derfor mange "ved ikke"-svar.

Jeg finde råbenhed og anerkendelse overfor udsatte familier og børn alfa omega i samarbejdet. Kan vi dette som professionelle kan vi komme langt.

Jeg mangler definitioner på de forskellige begreber, der bruges i spørgeskemaet, for at mine svar kan blive helt præcise.

Nej

nej

Ser med spænding frem til et par hektiske skoleår i reformens tegn. Spændt på større faglighed & begrebet "Den åbne skole". Bekymret for lærerstaben, der stadig klart husker en lockout-out & "gode gamle dage" med 7 ugers sommerferie & korte arbejdsdage.

Ved ikke om betegnelserne udkants Danmark, medieomtale, lukning af skoler, institutioner, virksomheder mm. er med til at stigmatisere området og dermed også områdets/befolkningens syn på sig selv, og dermed har indflydelse på sundheden og trivslen.

Øget fokus på fælles sprog og fælles viden og overlevering om indsatser og tiltag. Større, mere fleksibelt og tættere samarbejde mellem sektorerne. Mulighed for hurtigere indsatser i relation til børn og unge. større anerkendelse af skolernes bekymringer.

Total

Bilag 3: Resultater af spørgeskemaundersøgelse, almen praksis

Hvor længe har du arbejdet som privatpraktiserende læge?* I hvilken kommune ligger din praksis.

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
0-3 år	11,1%(1)	28,6%(4)	21,7%(5)
4-6 år	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
7-10 år	22,2%(2)	14,3%(2)	17,4%(4)
Mere end 10 år	66,7%(6)	57,1%(8)	60,9%(14)
Ved ikke	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 indikatorer.* I hvilken kommune ligger din praksis.

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
At barnet har et godt helbred uden symptomer, skader og alvorlig sygdom	55,6%(5)	50,0%(7)	52,2%(12)
At barnet fungerer godt i relation til daginstitution eller skole	66,7%(6)	64,3%(9)	65,2%(15)
At barnet fungerer godt i relation til venner	11,1%(1)	28,6%(4)	21,7%(5)
At barnet fungerer godt i relation til familien (forældre og søskende)	77,8%(7)	85,7%(12)	82,6%(19)
At barnet fungerer godt i relation til øvrig familie (bedsteforældre m.m.)	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
At barnet selv oplever at have et godt liv	33,3%(3)	57,1%(8)	47,8%(11)
At barnet generelt udviser god sundhedsadfærd	33,3%(3)	14,3%(2)	21,7%(5)
Andet:	11,1%(1)	0,0%(0)	4,3%(1)
Ved ikke	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Hvor stor en procentdel af de 0-18 årige børn og unge i kommunen kan efter din vurdering karakteriseres som en social og/eller sundhedsmæssig risikogruppe?* I hvilken kommune ligger din praksis.

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
0-10 %	22,2%(2)	14,3%(2)	17,4%(4)
10-20 %	22,2%(2)	0,0%(0)	8,7%(2)
20-30 %	33,3%(3)	42,9%(6)	39,1%(9)
30-40 %	0,0%(0)	14,3%(2)	8,7%(2)
40-50 %	11,1%(1)	7,1%(1)	8,7%(2)
50-60 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
60-70 %	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
70-80 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
80-90 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
90-100 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
Ved ikke	11,1%(1)	14,3%(2)	13,0%(3)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Hvilke faggrupper er efter din vurdering de primært ansvarlige for socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 faggrupper.* I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
Privatpraktiserende læger	33,3%(3)	57,1%(8)	47,8%(11)
Sundhedsplejersker	55,6%(5)	78,6%(11)	69,6%(16)
Medarbejdere i daginstitutioner og skoler	88,9%(8)	92,9%(13)	91,3%(21)
Socialrådgivere i kommunal myndighedsafdeling	55,6%(5)	28,6%(4)	39,1%(9)
Opsøgende medarbejdere (SSP-medarbejdere, Familiekonsulenter m.m.)	22,2%(2)	35,7%(5)	30,4%(7)
Andre	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
Ved ikke	22,2%(2)	0,0%(0)	8,7%(2)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Det er min vurdering at... - ... Der forefindes en sammenhæng mellem socioøkonomisk ulighed (fattigdom, arbejdsløshed, manglende uddannelse hos forældre) og børns sundhed og trivsel* I hvilken kommune ligger din praksis.

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
Slet ikke	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
I mindre grad	11,1%(1)	0,0%(0)	4,3%(1)
I nogen grad	33,3%(3)	0,0%(0)	13,0%(3)
I høj grad	55,6%(5)	100,0%(14)	82,6%(19)
Ved ikke	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Det er min vurdering at... - ... Jeg som praktiserende læge bør have fokus på såvel sundhed som trivsel hos socialt udsatte børn og unge.* I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
Slet ikke	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
I mindre grad	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
I nogen grad	44,4%(4)	7,1%(1)	21,7%(5)
I høj grad	55,6%(5)	92,9%(13)	78,3%(18)
Ved ikke	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Det er min vurdering at... - ... Jeg som praktiserende læge har tilstrækkelig viden og kompetencer til at opspore og identificere tegn på dårlig trivsel hos socialt udsatte børn og unge.* I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
Slet ikke	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
I mindre grad	22,2%(2)	7,1%(1)	13,0%(3)
I nogen grad	55,6%(5)	50,0%(7)	52,2%(12)
I høj grad	22,2%(2)	35,7%(5)	30,4%(7)
Ved ikke	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Har du efter din vurdering... - ... tilstrækkelig viden om udsatte børns sociale og/eller psykosociale problemer?* I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
Slet ikke	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
I mindre grad	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
I nogen grad	77,8%(7)	64,3%(9)	69,6%(16)
I høj grad	22,2%(2)	28,6%(4)	26,1%(6)
Ved ikke	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Har du efter din vurdering... - ...tilstrækkelige kompetencer til at tale med forældre til børn med sociale og/eller psykosociale problemer?* I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
Slet ikke	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
I mindre grad	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
I nogen grad	44,4%(4)	57,1%(8)	52,2%(12)
I høj grad	55,6%(5)	35,7%(5)	43,5%(10)
Ved ikke	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Er det din vurdering, at du lever op til dette?* I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
Slet ikke	11,1%(1)	0,0%(0)	4,3%(1)
I mindre grad	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
I nogen grad	55,6%(5)	64,3%(9)	60,9%(14)
I høj grad	33,3%(3)	35,7%(5)	34,8%(8)
Ved ikke	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Alle 7 konsultationer:* I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
0-10 %	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
10-20 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
20-30 %	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
30-40 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
40-50 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
50-60 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
60-70 %	33,3%(3)	7,1%(1)	17,4%(4)
70-80 %	11,1%(1)	35,7%(5)	26,1%(6)
80-90 %	44,4%(4)	7,1%(1)	21,7%(5)
90-100 %	11,1%(1)	21,4%(3)	17,4%(4)
Ved ikke	0,0%(0)	14,3%(2)	8,7%(2)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Konsultationer hvor der skal vaccineres samt 1-2 yderligere forebyggende helbredsundersøgelser: * I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
0-10 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
10-20 %	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
20-30 %	11,1%(1)	0,0%(0)	4,3%(1)
30-40 %	11,1%(1)	7,1%(1)	8,7%(2)
40-50 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
50-60 %	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
60-70 %	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
70-80 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
80-90 %	22,2%(2)	28,6%(4)	26,1%(6)
90-100 %	55,6%(5)	28,6%(4)	39,1%(9)
Ved ikke	0,0%(0)	14,3%(2)	8,7%(2)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Kun konsultationer hvor der vaccineres:* I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
0-10 %	11,1%(1)	14,3%(2)	13,0%(3)
10-20 %	22,2%(2)	7,1%(1)	13,0%(3)
20-30 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
30-40 %	11,1%(1)	0,0%(0)	4,3%(1)
40-50 %	0,0%(0)	14,3%(2)	8,7%(2)
50-60 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
60-70 %	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
70-80 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
80-90 %	11,1%(1)	7,1%(1)	8,7%(2)
90-100 %	22,2%(2)	35,7%(5)	30,4%(7)
Ved ikke	22,2%(2)	14,3%(2)	17,4%(4)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Møder ikke op til alle vaccinationskonsultationer og ingen fremmøde ved yderligere forebyggende helbredsundersøgelse: * I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
0-10 %	77,8%(7)	64,3%(9)	69,6%(16)
10-20 %	22,2%(2)	14,3%(2)	17,4%(4)
20-30 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
30-40 %	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
40-50 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
50-60 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
60-70 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
70-80 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
80-90 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
90-100 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
Ved ikke	0,0%(0)	14,3%(2)	8,7%(2)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Intet fremmøde:* I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
0-10 %	55,6%(5)	85,7%(12)	73,9%(17)
10-20 %	22,2%(2)	0,0%(0)	8,7%(2)
20-30 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
30-40 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
40-50 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
50-60 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
60-70 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
70-80 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
80-90 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
90-100 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
Ved ikke	22,2%(2)	14,3%(2)	17,4%(4)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Alle 7 konsultationer:* I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
0-10 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
10-20 %	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
20-30 %	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
30-40 %	11,1%(1)	7,1%(1)	8,7%(2)
40-50 %	11,1%(1)	0,0%(0)	4,3%(1)
50-60 %	11,1%(1)	7,1%(1)	8,7%(2)
60-70 %	11,1%(1)	7,1%(1)	8,7%(2)
70-80 %	0,0%(0)	21,4%(3)	13,0%(3)
80-90 %	22,2%(2)	0,0%(0)	8,7%(2)
90-100 %	11,1%(1)	21,4%(3)	17,4%(4)
Ved ikke	22,2%(2)	21,4%(3)	21,7%(5)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

**Konsultationer hvor der skal vaccineres samt 1-2 yderligere forebyggende
helbredsundersøgelser: * I hvilken kommune ligger din praksis?**

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
0-10 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
10-20 %	11,1%(1)	0,0%(0)	4,3%(1)
20-30 %	11,1%(1)	14,3%(2)	13,0%(3)
30-40 %	22,2%(2)	7,1%(1)	13,0%(3)
40-50 %	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
50-60 %	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
60-70 %	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
70-80 %	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
80-90 %	11,1%(1)	7,1%(1)	8,7%(2)
90-100 %	22,2%(2)	21,4%(3)	21,7%(5)
Ved ikke	22,2%(2)	21,4%(3)	21,7%(5)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

**Kun konsultationer hvor der vaccineres:* I hvilken kommune ligger din
praksis?**

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
0-10 %	11,1%(1)	0,0%(0)	4,3%(1)
10-20 %	33,3%(3)	7,1%(1)	17,4%(4)
20-30 %	11,1%(1)	7,1%(1)	8,7%(2)
30-40 %	0,0%(0)	14,3%(2)	8,7%(2)
40-50 %	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
50-60 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
60-70 %	0,0%(0)	14,3%(2)	8,7%(2)
70-80 %	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
80-90 %	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
90-100 %	11,1%(1)	14,3%(2)	13,0%(3)
Ved ikke	33,3%(3)	21,4%(3)	26,1%(6)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Møder ikke op til alle vaccinationskonsultationer og ingen fremmøde ved yderligere forebyggende helbredsundersøgelse: * I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
0-10 %	55,6%(5)	21,4%(3)	34,8%(8)
10-20 %	11,1%(1)	14,3%(2)	13,0%(3)
20-30 %	11,1%(1)	21,4%(3)	17,4%(4)
30-40 %	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
40-50 %	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
50-60 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
60-70 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
70-80 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
80-90 %	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
90-100 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
Ved ikke	22,2%(2)	21,4%(3)	21,7%(5)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Intet fremmøde:* I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
0-10 %	55,6%(5)	71,4%(10)	65,2%(15)
10-20 %	11,1%(1)	7,1%(1)	8,7%(2)
20-30 %	11,1%(1)	0,0%(0)	4,3%(1)
30-40 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
40-50 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
50-60 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
60-70 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
70-80 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
80-90 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
90-100 %	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
Ved ikke	22,2%(2)	21,4%(3)	21,7%(5)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Foretager du dig noget i de tilfælde, hvor barnet ikke møder op til de forebyggende helbredsundersøgelser, der inkluderer vaccinationer?* I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
Nej - det er ikke min opgave	11,1%(1)	7,1%(1)	8,7%(2)
Der ringes fra klinikken	11,1%(1)	64,3%(9)	43,5%(10)
Vi sender en skriftlig påmindelse	66,7%(6)	50,0%(7)	56,5%(13)
Jeg kører ud til forældrene	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
Andet:	11,1%(1)	0,0%(0)	4,3%(1)
Ved ikke	11,1%(1)	7,1%(1)	8,7%(2)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Har du kendskab til den/de tværfaglige grupper i din kommune?* I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
Slet ikke	22,2%(2)	28,6%(4)	26,1%(6)
I mindre grad	44,4%(4)	21,4%(3)	30,4%(7)
I nogen grad	22,2%(2)	50,0%(7)	39,1%(9)
I høj grad	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
Ved ikke	11,1%(1)	0,0%(0)	4,3%(1)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Samarbejder du med den/de tværfaglige grupper i din kommune?* I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
Slet ikke	44,4%(4)	42,9%(6)	43,5%(10)
I mindre grad	22,2%(2)	28,6%(4)	26,1%(6)
I nogen grad	11,1%(1)	28,6%(4)	21,7%(5)
I høj grad	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
Ved ikke	22,2%(2)	0,0%(0)	8,7%(2)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Sundhedsloven angiver, at der i konkrete sager i den tværfaglige gruppe kan være brug for deltagelse ad hoc af barnets praktiserende læge. Deltager du i sådanne møder i en tværfaglig gruppe?* I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
Slet ikke	66,7%(6)	57,1%(8)	60,9%(14)
I mindre grad	11,1%(1)	7,1%(1)	8,7%(2)
I nogen grad	11,1%(1)	28,6%(4)	21,7%(5)
I høj grad	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
Ved ikke	11,1%(1)	7,1%(1)	8,7%(2)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

At et barn eller ung under 18 år har behov for særlig støtte:* I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
Slet ikke	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
I mindre grad	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
I nogen grad	33,3%(3)	21,4%(3)	26,1%(6)
I høj grad	44,4%(4)	78,6%(11)	65,2%(15)
Ved ikke	22,2%(2)	0,0%(0)	8,7%(2)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

At et barn umiddelbart efter fødslen har behov for særlig støtte på grund af forhold vedrørende de vordende forældre:* I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
Slet ikke	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
I mindre grad	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
I nogen grad	33,3%(3)	14,3%(2)	21,7%(5)
I høj grad	44,4%(4)	85,7%(12)	69,6%(16)
Ved ikke	22,2%(2)	0,0%(0)	8,7%(2)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

At et barn eller ung under 18 år har været udsat for vold eller andre overgreb:* I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
Slet ikke	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
I mindre grad	0,0%(0)	0,0%(0)	0,0%(0)
I nogen grad	11,1%(1)	0,0%(0)	4,3%(1)
I høj grad	55,6%(5)	100,0%(14)	82,6%(19)
Ved ikke	33,3%(3)	0,0%(0)	13,0%(3)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Er det din vurdering, at kommunen tager underretningen alvorligt?* I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
Slet ikke	11,1%(1)	0,0%(0)	4,3%(1)
I mindre grad	44,4%(4)	0,0%(0)	17,4%(4)
I nogen grad	22,2%(2)	64,3%(9)	47,8%(11)
I høj grad	11,1%(1)	28,6%(4)	21,7%(5)
Ved ikke	11,1%(1)	7,1%(1)	8,7%(2)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Er der et tilfredsstillende samarbejde mellem dig og kommunens myndighedsafdeling i forbindelse med underretninger?* I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
Slet ikke	33,3%(3)	0,0%(0)	13,0%(3)
I mindre grad	22,2%(2)	14,3%(2)	17,4%(4)
I nogen grad	33,3%(3)	71,4%(10)	56,5%(13)
I høj grad	0,0%(0)	14,3%(2)	8,7%(2)
Ved ikke	11,1%(1)	0,0%(0)	4,3%(1)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Er der et tilfredsstillende samarbejde mellem dig og kommunens myndighedsafdeling i almindelighed?* I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
Slet ikke	22,2%(2)	0,0%(0)	8,7%(2)
I mindre grad	33,3%(3)	21,4%(3)	26,1%(6)
I nogen grad	33,3%(3)	64,3%(9)	52,2%(12)
I høj grad	0,0%(0)	14,3%(2)	8,7%(2)
Ved ikke	11,1%(1)	0,0%(0)	4,3%(1)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Vurderer du, at kommunen som sådan (myndighed, dagpasning, skoler mv.) varetager arbejdet med udsatte børn og unges sundhed og trivsel på en kvalificeret måde?* I hvilken kommune ligger din praksis?

	Guldborgsund Kommune	Lolland Kommune	Total
Slet ikke	0,0%(0)	7,1%(1)	4,3%(1)
I mindre grad	22,2%(2)	0,0%(0)	8,7%(2)
I nogen grad	22,2%(2)	71,4%(10)	52,2%(12)
I høj grad	0,0%(0)	14,3%(2)	8,7%(2)
Ved ikke	55,6%(5)	7,1%(1)	26,1%(6)
I alt	39,1%(9)	60,9%(14)	100,0%(23)

Lolland Kommune

Er du bekendt med børn- og ungepolitikken i Lolland Kommune og intentionerne i denne politik i forhold til udsatte børn og unge?

	Lolland Kommune
Slet ikke	14,3% (2)
I mindre grad	28,6% (4)
I nogen grad	57,1% (8)
I høj grad	0,0% (0)
Ved ikke	0,0% (0)
I alt	100,0% (14)

Er du bekendt med den model (Handleguiden - Vejledning, forebyggelse, bekymring), kommunen har udarbejdet for at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats i forbindelse med kommunes børn- og ungepolitik?

	Lolland Kommune
Slet ikke	14,3% (2)
I mindre grad	35,7% (5)
I nogen grad	50,0% (7)
I høj grad	0,0% (0)
Ved ikke	0,0% (0)
I alt	100,0% (14)

Hvis du er bekendt med den – vurderer du så, at den er hjælpsom for dit arbejde med socialt udsatte børn og unge?

	Lolland Kommune
Slet ikke	0,0% (0)
I mindre grad	7,1% (1)
I nogen grad	42,9% (6)
I høj grad	0,0% (0)
Ved ikke	50,0% (7)
I alt	100,0% (14)

Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 indikatorer. - Andet:			
<i>ingen svar</i>			
Hvilke faggrupper er efter din vurdering de primært ansvarlige for socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 faggrupper. - Andre			
<i>ingen svar</i>			
Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål svarede "Slet ikke", "I mindre grad" eller "Ved ikke", bedes du uddybe dette/disse svar:			
det forrige spørgsmål var uklart. Jeg har forstået det som hvem der har ansvar for opsporing af børne med dårlig trivsel.		problemet er ikke så meget mine kundskaber men at jeg ikke bliver præsenteret for de børn, der har mest behov	
Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål svarede "Slet ikke", "I mindre grad" eller "Ved ikke", bedes du uddybe dette/disse svar:			
<i>ingen svar</i>			
Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål svarede "Slet ikke", "I mindre grad" eller "Ved ikke", bedes du uddybe dette/disse svar:			
men kun de børn, der rent faktisk kommer i praksis			
Foretager du dig noget i de tilfælde, hvor barnet ikke møder op til de forebyggende helbredsundersøgelser, der inkluderer vaccinationer? - Andet:			
<i>ingen svar</i>			
Er der i dit professionelle virke særlige problematikker, der gør sig gældende i forbindelse med de forebyggende helbredsundersøgelser af socialt udsatte børn, som du finder det vigtigt at fremhæve i forbindelse med denne spørgeskemaundersøgelse?			
påstået manglende viden. glemsomhed.	Det kræve ofte flere kontakter at få børnene ind, nogen gange lykkes det kun, hvis jeg indberetter til kommunen	Fokus på forældre/børn relation Trivsel	nej
Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål svarede "Slet ikke", "I mindre grad" eller "Ved ikke", bedes du uddybe dette/disse svar:			
<i>ingen svar</i>			
Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål svarede "Slet ikke", "I mindre grad" eller "Ved ikke", bedes du uddybe dette/disse svar:			
sætter på at intet nyt er godt nyt. forældre henvender sig ex. hvis de oplever langsom eller manglende sagsbehandling		Vi er til møder blevet orienteret om kommunens strategi, men kender ikke handleguiden. Kan dog have glemt alt om den	
Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål svarede "Slet ikke", "I mindre grad" eller "Ved ikke", bedes du uddybe dette/disse svar:			

Har aldrig været indbudt/indkaldt til sådanne møder	jeg ved grupperne findes, mindes ikke at være bedt om at samarbejde. Ikke (så vidt jeg husker) indbudt til deltagelse i møde i tv.faglig gruppe. kommer, hvis jeg bi'r budt	Ikke mulighed for at deltage	Hører aldrig noget!		
Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål svarede "Slet ikke", "I mindre grad" eller "Ved ikke", bedes du uddybe dette/disse svar:					
<i>Ingen svar</i>					
Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål svarede "Slet ikke", "I mindre grad" eller "Ved ikke", bedes du uddybe dette/disse svar:					
Meget lidt samarbejde. pga. andre opgaver	Nogen sager går godt, andre sejler for meget - så har jeg fornemmelse af manglende kontinuitet eller samarbejde i behandler gruppen	Jeg har ikke foretaget underretninger i Lolland kommune endnu. I Guldborgsund har jeg foretaget et par indberetninger, men har ikke hørt noget om videre forløb. Indtryk af at der går lang tid før der sker noget, hvis der sker noget	Jeg får intet opfølgende svar, status eller lign.		
Er der forhold (problemstillinger, udfordringer o.lign.) vedrørende socialt udsatte børn og unge, der særligt knytter sig til dit professionelle virke, som ikke er berørt i det ovenstående?					
Nej	Nej	tror jeg ikke	Manglende samarbejde		
Kan du pege på eksisterende tiltag og initiativer i din praksis, som du vurderer fungerer godt i forhold til udsatte børn og unge?					
Nej	alle (sekr., sygepl., og læger) er indskærpet at være opmærksomme på om vacc og forebyg. børne us følges og at der underrettes efter serviclov § 153	Jeg tror at det er vigtigt at vi prøver at kontakte familierne ved manglende fremmøde. Jeg har ikke umiddelbart overkskud til at besøge familierne, men det kunne nok give lidt ekstra	Forældreinddragelse	ikke forstået	Tilskynder til at orientere børn og unge team – også med reelle underretninger
Har du ideer til nye tiltag med udgangspunkt i din praksis målrettet udsatte børn og unge, som kunne afhjælpe eksisterende sociale eller sundhedsmæssige problematikker?					
Forældreundervisning	Mener generel ikke-dikterende information om frivillige børneundersøgelser er bedst, så forældrene	1-2 max ansvarlige sagsbehandlere på en hel familie	Tiltag, der aktiverer aktører i kommunen	Bedre samarbejde	

	kan tage stilling på et informeret grundlag.			
Har du øvrige kommentarer?				
Nej	Det kræver en massiv (sundheds)pædagogisk indsats at lære børn og unge her at ville og kunne noget positivt med deres liv	Nej	nej	

Guldborgsund Kommune

Er du bekendt med børn- og ungepolitikken i Guldborgsund Kommune og intentionerne i denne politik i forhold til udsatte børn og unge?

	Guldborgsund Kommune
Slet ikke	11,1% (1)
I mindre grad	11,1% (1)
I nogen grad	55,6% (5)
I høj grad	0,0% (0)
Ved ikke	22,2% (2)
I alt	100,0% (9)

Er du bekendt med den model (GUSA) kommunen har udarbejdet for at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats i forbindelse med kommunes børn- og ungepolitik?

	Guldborgsund Kommune
Slet ikke	33,3% (3)
I mindre grad	11,1% (1)
I nogen grad	33,3% (3)
I høj grad	0,0% (0)
Ved ikke	22,2% (2)
I alt	100,0% (9)

Hvis du er bekendt med den – vurderer du så, at den er hjælpsom for dit arbejde med socialt udsatte børn og unge?

	Guldborgsund Kommune
Slet ikke	0,0% (0)
I mindre grad	22,2% (2)
I nogen grad	22,2% (2)
I høj grad	0,0% (0)
Ved ikke	55,6% (5)
I alt	100,0% (9)

Hvad er efter din vurdering de vigtigste indikatorer for børn og unges sundhed og trivsel? Vælg max 3 indikatorer. - Andet:			
At barnet fungerer godt i relationer i det hele taget			
Hvilke faggrupper er efter din vurdering de primært ansvarlige for socialt udsatte børn og unges sundhed og trivsel? Valg max. 3 faggrupper – Andet:			
Ingen svar			
Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål svarede "Slet ikke", "I mindre grad" eller "Ved ikke", bedes du uddybe dette/disse svar:			
Jeg mener, at jeg har tilstrækkelig viden og kompetencer, men jeg synes ikke vores rammer er ideelle til opsporing: korte konsultationer uden for barnets vanlige omgivelser	Spørgsmål om uligheder i det danske samfund er så kontroversielt at jeg ikke har lyst til at uddybe mine synspunkter nærmere.	vi ved ikke hvad der foregår i de små hjem	
Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål svarede "Slet ikke", "I mindre grad" eller "Ved ikke", bedes du uddybe dette/disse svar:			
ingen svar			
Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål svarede "Slet ikke", "I mindre grad" eller "Ved ikke", bedes du uddybe dette/disse svar:			
Jeg har gået i en børnesupervisionsgruppe med fokus på emnet	Det er af mange grunde ikke muligt at yde den nødvendige indsats. I almindelighed handler det om manglende ressourcer.		
Foretager du dig noget i de tilfælde, hvor barnet ikke møder op til de forebyggende helbredsundersøgelser, der inkluderer vaccinationer? - Andet:			
Minder om det ved akutte henvendelser			
Er der i dit professionelle virke særlige problematikker, der gør sig gældende i forbindelse med de forebyggende helbredsundersøgelser af socialt udsatte børn, som du finder det vigtigt at fremhæve i forbindelse med denne spørgeskemaundersøgelse?			
Det handler også om at bruge sine sanser. Hvordan ser børnene ud og hvordan lugter de? Hvordan er kontakten med forældre og med mig som halvfremmed? Hvad taler og tænker barnet om og på? Hvordan er sproget?	Nej	undertiden er der sproglige problemer, undertiden psykiske problemer hos forældre, eller blot dårlig omsorg	Vægtproblematik, passiv rygning og Vaccinationsprogrammet.
Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål svarede "Slet ikke", "I mindre grad" eller "Ved ikke", bedes du uddybe dette/disse svar:			
Jeg synes ikke det er så let at få hul igennem til kommunen. Vi har ikke så mange meget bekymrende børneliv i vores praksis, men jeg synes ikke, kommunen reagerer	ikke udmelding fra kommunen	Har ikke kendskab til GUSA	

specielt hurtigt eller tydeligt på underretninger				
Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål svarede "Slet ikke", "I mindre grad" eller "Ved ikke", bedes du uddybe dette/disse svar:				
<i>ingen svar</i>				
Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål svarede "Slet ikke", "I mindre grad" eller "Ved ikke", bedes du uddybe dette/disse svar:				
Jeg oplever ikke samarbejde fra kommunen, kun lukkethed	Mon kommunen er nået dertil?	Jeg er ikke blevet opfordret	vi indbydes ikke omkring problembørn, og hvis vi melder til kommunen er der aldrig tilbagemelding. Hverken om indberetningen er modtaget eller hvilke tiltag der er gjort	
Kommunen burde give den praktiserende læge mulighed for at deltage i møder i den tværfaglige gruppe i enkeltstående tilfælde, hvor det er særligt relevant.				
Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål svarede "Slet ikke", "I mindre grad" eller "Ved ikke", bedes du uddybe dette/disse svar:				
Jeg har haft dårlige erfaringer med de underretninger jeg har foretaget. Der er tale om et massivt kommunikationssvigt mellem mig og kommunen.		vi er sjældent informeret om vold mm, hverken fra kommune eller børnehaver, SFO eller skoler		
Hvis du på et eller flere af ovenstående spørgsmål svarede "Slet ikke", "I mindre grad" eller "Ved ikke", bedes du uddybe dette/disse svar:				
Jeg ved de reagerer på underretning, men ellers er der ingen kommunikation	Vi har så få sager, at jeg ikke har grund til at tro, at kommunen generelt gør det dårligt, men jeg mener ikke kommunen bruger almen praksis som en særligt vigtig samarbejdspartner	Se mit tidligere svar. Når der ikke kommer nogen tilbagemelding fra kommunen er det vanskeligt at vide om man bliver taget alvorligt.		
Er der forhold (problemstillinger, udfordringer o.lign.) vedrørende socialt udsatte børn og unge, der særligt knytter sig til dit professionelle virke, som ikke er berørt i det ovenstående?				
Nej	?	vi ved ikke hvad der foregår udenfor praksis	De praktiserende læger mangler kendskab til hvad kommunen gør (og ikke gør)i forhold til socialt udsatte børn og unge.	
Kan du pege på eksisterende tiltag og initiativer i din praksis, som du vurderer fungerer godt i forhold til udsatte børn og unge?				

Nej	Nej	Nej	Skriver flere underretninger (også selvom det er på samme person).	
Har du ideer til nye tiltag med udgangspunkt i din praksis målrettet udsatte børn og unge, som kunne afhjælpe eksisterende sociale eller sundhedsmæssige problematikker?				
Møder ml forvaltning og lægelaug	Nej	Hvis der blev tilført flere ressourcer har jeg sikkert nogle gode ideer.	tilbagemeldinger	Evt. møde med Børne- Ungeområdet og almen praksis.
Har du øvrige kommentarer?				
Nej		Nej	nej	