

hvilket er ekstra nødvendigt i arbejdet med de udsatte familier.

Helhedsløsninger er samtidig afhængige af mere samarbejde mellem de forskellige faggrupper, der arbejder på socialområdet, og kommunerne anbefales at sætte fokus på at knytte de forskellige grupper tættere sammen fysisk og organisatorisk.

En sundhedsplejeindsats med fokus på at styrke den følelsesmæssige tilknytning mellem forældre og barn skal være en af de muligheder, kommunen har for at foretage forebyggende foranstaltninger, og det foreslås derfor, at sundhedsplejersken som behandler indføres i lov om social service.

På den baggrund foreslår Socialdemokratiet:

- At der udarbejdes styringsredskaber, der kan sikre, at der på sundhedsplejeområdet gøres en særlig indsats over for de udsatte grupper uanset bopælskommune. Den eksisterende lov foreskriver en særlig indsats for socialt belastede familier. Men indsatsen beskrives af sundhedsplejersker som alt for spinkel og ujævn. Derfor foreslås det at bruge et tilbagerapporteringssystem, der kan sikre, at loven bliver overholdt. En model kan være det system, som blev udarbejdet for det frivillige sociale arbejde, jf. § 115 i lov om social service. Tilbagerapporteringssystemet bygger på, at kommunerne hvert eller hvert andet år skal rapportere tilbage til Socialministeriet og redegøre for, hvordan kommunen har brugt midler øremærket til et specifikt område, i dette tilfælde ekstra sundhedspleje til de socialt udsatte grupper. Fordelen ved tilbagerapportering er, at man undgår at gribe ind i det kommunale selvstyres metodefrihed, når man søger at sikre en vis ensartethed mellem forskellige kommuners niveau gennem lovgivning.
- At indsatsen i forhold til de socialt udsatte familier derudover bliver styrket, og at der lægges større vægt på en aktiv, behandlende indsats. Det kræver, at sundhedsplejen i højere grad normeres i forhold til behov, f.eks. gennem behovsbestemte kategorier.

(Socialt udsatte familier har brug for mere vejledning og supervision end velfungerende familier, det samme har familier af anden etnisk oprindelse, førstegangsfødende mere end anden- eller tredjegangsfødende osv.). Der bør ske en skarpere prioritering i forhold til de syv besøg, kommunerne i dag bliver anbefalet at tilbyde alle familier. Det er sundhedsplejens ledelse, der må være katalysator for denne prioritering, men der skal holdningsbearbejdes på hele feltet, således at lederens prioriteringer bliver bakket op af sundhedsplejerskerne. Desuden vil den mere aktive, behandlende indsats forudsætte, at flere sundhedsplejersker får en efteruddannelse.

- At der sættes større fokus på det integrationspotentiale, der ligger i sundhedsplejen, og som langtfra bliver fuldt udnyttet i dag. Mange fra etniske minoriteter er meget glade for besøg af sundhedsplejersken, men nogle afskriver det uden at vide, hvad de går glip af. Derfor skal sundhedsplejerskerne være mere opmærksomme i forhold til de familier, der siger nej tak.
- At der bliver større fokus på koordineringen af jordemødrenes, barselssygeplejerskernes og sundhedsplejerskernes arbejde, så det forebyggende arbejde i forhold til de socialt udsatte familier også i praksis koordineres fra graviditet over fødsel til samværet med og plejen af barnet. (Udviklingsarbejde med gode resultater er i gang i Thisted og Lyngby-Taarbæk).
- At kommunerne skal opfordres til i højere grad at oprette mødregrupper rettet mod udsatte mødre og mødre af anden etnisk oprindelse, hvor sundhedsplejersken kan være med i forhold til behov, samt sundhedscafeer, mødrekurser og forældreskoler.
- At der oprettes puljer til støtte af udviklingsprojekter i stil med »En ny start« i Greve, »Efterfødselsreaktioner« i Thisted, »Tidlig indsats« i Storstrøms Amt osv.
- At der nedsættes et udvalg, der kan vurdere, om uddannelsen af sundhedsplejerskerne bør forbedres.