

Beslutningsforslag nr. B 24. Fremsat den 24. oktober 2002 af Karen Jespersen (S), Sophie Hæstorp Andersen (S) og Lone Møller (S)

Forslag til folketingsbeslutning

om styrkelse af sundhedspleje og tidlig sundhedsfremmende og forebyggende indsats

Folketinget pålægger regeringen inden udgangen af dette folketingsår at fremsætte et lovforslag og/eller foretage ændringer i administrative forskrifter med henblik på at styrke sundhedsplejens forebyggende indsats, således

- at der udarbejdes styringsredskaber, der kan sikre, at der i alle kommuner gøres en særlig indsats på sundhedsplejeområdet over for de udsatte familier og familier af anden etnisk oprindelse uanset bopælskommune,
- at sundhedsplejen i højere grad normeres i forhold til behov,
- at en tydeligere prioritering skal sikres ved at styrke den faglige ledelse af sundhedsplejen,
- at sundhedsplejerskerne tilbydes supervision,
- at der igangsættes foranstaltninger, der sikrer, at jordemødrenes, barselssygeplejerskernes, sundhedsplejerskernes, de praktiserende lægers og andre relevante faggruppers arbejde bliver koordineret i praksis som foreskrevet i loven,
- at det bliver indføjet i serviceloven, at kommunen kan anvise ekstraordinær støtte fra sundhedsplejersker som en af mulighederne for at foretage forebyggende foranstaltninger i udsatte familier,
- at kommunerne tilskyndes til at oprette mødregupper rettet mod udsatte mødre og mødre med anden etnisk baggrund,
- at der oprettes puljer til udviklingsprojekter på dette område,
- at der nedsættes et udvalg, der skal undersøge, om sundhedsplejerskernes uddannelse er tilstrækkelig, og
- at sundhedsplejen løbende følges og evalueres.

Bemærkninger til forslaget

Formålet med beslutningsforslaget er at styrke den tidlige forebyggelse ved at udvide sundhedsplejerskernes muligheder for at gøre en særlig indsats i familier med ekstra behov. Forslaget er en del af en samlet indsats for at bekæmpe den negative sociale arv.

Dette formål skal opfyldes ved at sikre, at kravene i lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge opfyldes, så der ydes hjælp på samme niveau i alle kommuner ved samme behov. Desuden skal indsatsen for risikofamilier og socialt belastede familier samt andre familier, der har problemer med forældrerollen forstærkes, og der skal lægges større vægt på en aktiv, behandlende indsats.

Alle børn har brug for og ret til en nær følelsesmæssig tilknytning til voksne, og sundhedsplejerskerne kan hjælpe de udsatte familier med at opbygge en god tilknytning mellem mor (familie) og barn ved at hjælpe forældrene med at blive bedre til at forstå barnets signaler og sætte børnenes behov over egne behov, altså mestre forælderrollen.

Sundhedsplejerskerne kommer i alle nybagte familiers hjem og har derfor en enestående mulighed for at identificere socialt udsatte børn på et tidligt tidspunkt og hjælpe familien med at opbygge en god tilknytning mellem barn og forældre. Forældrene oplever ikke sundhedsplejersken som kommunens forlængede arm, men som én, der ønsker at hjælpe familien med at fungere bedst muligt i den nye situation med et nyfødt barn. Sundhedsplejen styrker familiestarten, og en god start i livet er af fundamental betydning for ethvert menneske og forebygger senere problemer.

Også på integrationsområdet kan sundhedsplejerskernes indsats gøre en uvurderlig forskel. Mange kvinder af anden etnisk baggrund end dansk mangler en sparringspartner, de kan diskutere omsorg, ernæring og opdragelse med, da de principper, der var gældende i deres oprindelsesland, sjældent er egnede til ureflekteret at blive overført til den helt anderledes sammenhæng, de nu indgår i.

Sundhedsplejerskens arbejde skal derfor styrkes i forhold til de socialt dårligt stillede mødre (forældre) og familier af anden etnisk oprindelse. Sundhedsple-

jen skal dog forblive et generelt sundhedsfremmende tilbud for alle.

Sundhedsplejersken skal hurtigt vurdere familiens situation, og iværksætte hjælpeprogrammer, hvor det er nødvendigt. I dag har sundhedsplejerskerne en tredobbelt funktion, idet de først og fremmest skal sikre barnets fysiske sundhed, men også indrapportere om de sociale forhold til kommunen og arbejde med at udvikle mor-barn-relationen. Der er i den nuværende lovgivning en for høj vægtning af de fysiske undersøgelser i forhold til arbejdet med de følelsesmæssige relationer. Sundhedsplejerskernes funktion i forhold til tilknytningen mellem forældre og barn skal opprioriteres i de socialt belastede familier. Her skal de forsøge at mobilisere de ressourcer, der er i netværkene omkring de udsatte børn gennem dialog og fokus på ressourcer, ikke på fejlfinding (undgå klientgørelse).

Vi ved, at når sundhedsplejerskerne gør en særlig indsats i svagt stillede familier, kan det have stor betydning for hele familiens trivsel og dermed for barnets følelsesmæssige, sociale og intelligensmæssige udvikling resten af livet.

Men vi ved også, at sundhedsplejerskerne er hårdt pressede, og at de ikke altid finder det forsvarligt at nedprioritere de mere velfungerende familier, selv om de kan se, at der er en anden familie, der har større behov.

Set i lyset af de voksende udgifter på anbringelsesområdet er der også gode økonomiske argumenter for at styrke forebyggelsen på det tidlige tidspunkt i barnets liv, hvor sundhedsplejen opererer.

Der er brug for mere fokus på den ledelsesmæssige side af sundhedsplejen, således at prioriteringerne sker på baggrund af overblik over kommunens samlede behov.

Der er samtidig brug for at prioritere supervision, således at den enkelte sundhedsplejerske kan diskutere sin egen håndtering af de konkrete problemer i de socialt belastede familier, så der kommer fokus på helhedsløsninger, der fremmer familiens og dermed barnets trivsel. Supervision styrker sundhedsplejerskens faglige selvtilid og mod til at være pågående,

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.

Skriftlig fremsættelse

Karen Jespersen (S):

Som ordfører for forslagsstillerne tillader jeg mig herved at fremsætte:

Forslag til folketingsbeslutning om styrkelse af sundhedspleje og tidlig sundhedsfremmende og forebyggende indsats.

(Beslutningsforslag nr. B 24).

Jeg henviser i øvrigt til de bemærkninger, der ledsager forslaget, og anbefaler det til Tingets velvillige behandling.