

## Referat fra møde mellem Socialdirektørforummets Forretningsudvalg og Psykiatrisygehusdirektøren den 25. august 2022

### Dagsorden

1. Status på de politiske møder i regionen.
  - Hvilke overvejelser om den fremtidige organisering af psykiatrien tegner sig for regionen efter møderne?
  - Hvordan får vi vurderet konsekvenser af en fremtidig organisering for kommunerne, - inden beslutning/ikrafttrædelse?
  - Er der områder vi i fællesskab skal søge at påvirke centralt?
2. Sundhedsklyngerne og det nødvendige fokus på både behandlings- og socialpsykiatri. Hvordan kan vi sammen understøtte dette?
3. Sammen om Psykiatri. Erfaringer og fokus videre frem.
4. Eventuelt

### Punkt 1. Status på de politiske møder i regionen

Administrerende sygehusdirektør, Charlotte R. Josefsen fortalte om de politiske møder med lokalpolitikere rundt i regionen. På møderne blev regionens udfordringer med vakante stillinger på børne- og ungdomspsykiatere drøftet. Ligeledes blev det drøftet om man kunne samle døgnfunktionerne på færre matrikler, samt ændre snittet mellem børn/unge og voksenområdet i psykiatrien. Der var på alle møder en god debat, og der kom man forslag frem til, hvad man også kunne arbejde med på forebyggelsesområdet på tværs af kommune og region.

Forretningsudvalget supplerede med, at det er vigtigt hvordan regionen formidler og kommunikerer det ud, når tiltag, der måtte blive besluttet, sættes i høring eller i gang. Samtidig tilbød Forretningsudvalget at bidrage med input såfremt regionen ønsker det.

Projekt Fremskudt Funktion blev nævnt og fik roser for resultaterne af indsatsen.

Meget tyder på, at der er politisk fokus på forebyggelse og tiltag, der gør, at der kan sættes tidligt ind. Fremskudt Funktion er et eksempel på, hvordan det kan gøres.

### Punkt 2. Sundhedsklyngerne

Charlotte pegede på, at hun finder det positivt, at psykiatrien er med i sundhedsklyngerne samt at det er vigtigt med samarbejdet til andre områder, herunder kommunale social-, misbrug- og beskæftigelsesområder. For øjeblikket fylder den mentale trivsel blandt børn og unge meget i klyngerne.

Strukturen fordrer en større politisk opmærksomhed, idet borgmestrene er tættere på samarbejdet.

Det blev drøftet, at vi sammen skal være opmærksomme på, hvad der diskuteres i hvilke fora. Samtidig er det endnu uafklaret, hvordan den endelige klyngestruktur kommer til at se ud og om der vil være forskelle i klyngerne i Syddanmark, når organiseringen skal forgrene sig videre ud til de udførende led.

FU tilkendegav at havde særlig opmærksomhed både på hvordan de sociale indsatser og psykiatrien ender med at kunne udvikles på tværs. Der var dog enighed om, at alle de daglige driftstemaer, som løses på tværs i dag, bare fortsætter uden nødvendigvis at skulle ind over et klynge samarbejde.

### **Punkt 3. Sammen om psykiatri**

Sammen om psykiatri blev drøftet som et eksempel på et projekt, der er startet i et samarbejde mellem Socialdirektørforum og psykiatrien. og hvor projektet skal landes et godt sted, hvor de gode resultater føres videre. Det blev drøftet, hvordan Socialdirektørforum kan bruges aktivt i forhold til at fastholde dette fokus. Samtidig har projektet fremskaffet data i et felt, hvor mange er interesseret i at se effekterne af indsatserne.

### **Punkt 4. Eventuelt**

Der er en fælles opmærksomhed på den aktuelle meget lille belægning på de særlige pladser (9 ud af 32 pladser) og Charlotte fremhævede at De særlige pladser tilbyder at komme på besøgsrunde i kommunerne for at informere om de særlige pladser og de muligheder der ligger i det.

Forretningsudvalget opfordrer kommunerne til at tage mod tilbuddet om et besøg fra de særlige pladser.

# Socialdirektørforum (Møde i Socialdirektørforum den 9. september 2022)

09-09-2022 09:00 - 11:30

Virtuelt møde

---

## **Information: Inviterede**

Lise Plougmann Willer, Esbjerg Kommune, Trine Birgitte Nanfeldt, Fanø Kommune, Bettina Brøndsted, Kerteminde Kommune, Henrik Mott Frandsen, Middelfart Kommune, Torben Kelm Danielsen, Nyborg Kommune, René Junker, Odense Kommune, Christian Schacht-Magnussen, Region Syddanmark, Claus Sørensen, Svendborg Kommune, Klaus Liestmann, Sønderborg Kommune, Grethe H. Nielsen, Tønder Kommune, Morten Oldrup, Vejen Kommune, Anne Mette Lund, Vejle Kommune, Laila Løhde Møller, KL, Mai-Britt Wismann, Socialsekretariatet, Bodil Larsen-Ledet, Socialsekretariatet.

## **Afbud**

Michael Bjørn, Assens Kommune, Thomas Foged, Billund Kommune, Rolf Dalsgaard Johansen, Haderslev Kommune, Thomas Reintoft, Kolding Kommune, Torben Lønberg, Langeland Kommune, Mogens Bak Hansen, Nordfyns Kommune, Kimma Vingaard Thomsen, Ærø Kommune, Mette Heidemann, Fredericia Kommune, Siggie W. Kristoffersen, Faaborg-Midtfyn Kommune, Claus Fjeldgaard, Varde Kommune, Karen Storgaard Larsen, Aabenraa Kommune.

## Indhold

Punkt 1: Tværsektoriel samarbejde vedrørende de forberedende grunduddannelser, FGU.....	1
Beslutning for Punkt 1: Tværsektoriel samarbejde vedrørende de forberedende grunduddannelser, FGU.....	2
Punkt 2: anbefalinger fra Sammen om Psykiatri og implementering.....	2
Beslutning for Punkt 2: anbefalinger fra Sammen om Psykiatri og implementering.....	4
Punkt 3: Godkendelse af referat fra møde i Socialdirektørforum den 24. juni 2022.....	4
Beslutning for Punkt 3: Godkendelse af referat fra møde i Socialdirektørforum den 24. juni 2022.....	4
Punkt 4: Kommissorium for Strategisk arbejdsgruppe under Socialdirektørforum.....	4
Beslutning for Punkt 4: Kommissorium for Strategisk arbejdsgruppe under Socialdirektørforum.....	6
Punkt 5: Dialog med psykiatrisygehuset.....	6
Beslutning for Punkt 5: Dialog med psykiatrisygehuset.....	7
Punkt 6: Socialstyrelsens Centrale Udmeldinger.....	7
Beslutning for Punkt 6: Socialstyrelsens Centrale Udmeldinger.....	8
Punkt 7: Repræsentant til Udsatterådet i Region Syddanmark.....	8
Beslutning for Punkt 7: Repræsentant til Udsatterådet i Region Syddanmark.....	9
Punkt 8: Koordinering mellem socialområdet og sundhedsområdet. Ny organisering.....	9
Beslutning for Punkt 8: Koordinering mellem socialområdet og sundhedsområdet. Ny organisering.....	10
Punkt 9: Politisk temadag 2023 om rammeaftalerne.....	10
Punkt 9: Politisk temadag 2023 om rammeaftalerne.....	11
Beslutning for Punkt 9: Politisk temadag 2023 om rammeaftalerne.....	11
Punkt 10: Fællesmødet med børne- og ungeområdet.....	11
Beslutning for Punkt 10: Fællesmødet med børne- og ungeområdet.....	12
Punkt 11: Belægningsprocenter 1. halvår 2022.....	12
Beslutning for Punkt 11: Belægningsprocenter 1. halvår 2022.....	13
Punkt 12: De særlige pladser.....	13
Beslutning for Punkt 12: De særlige pladser.....	13

Punkt 13: Opfølgning i forhold til kommunikationsområdet	13
Beslutning for Punkt 13: Opfølgning i forhold til kommunikationsområdet	14
Punkt 14: Samarbejde om spiseforstyrrelse	14
Beslutning for Punkt 14: Samarbejde om spiseforstyrrelse	15
Punkt 15: Orienteringer	15
Beslutning for Punkt 15: Orienteringer	16
Punkt 16: Eventuelt	16
Beslutning for Punkt 16: Eventuelt	16

## **Punkt 1: Tværsektoriel samarbejde vedrørende de forberedende grunduddannelser, FGU**

Der bydes velkommen til Charline Amdissen Bossen, Chef for Handicap & Psykiatri, Vejen Kommune, der deltager i forbindelse med dette punkt og præsenterer arbejdsgruppens konklusioner, anbefalinger og idematerialet.

### **Baggrund**

Med Sundhedsaftalen 2019-2023 er der formuleret en politisk målsætning om at øge andelen af unge med psykiske lidelser, som gennemfører en ungdomsuddannelse. Med det administrative tillæg til Sundhedsaftalen er der for den politiske målsætning desuden formuleret en indsats om et samarbejde mellem psykiatrien, kommunerne, almen praksis og den forberedende grunduddannelse (FGU). Indsatsen hører under opgaveporteføljen for Følgegruppen for uddannelse og arbejde under det tidligere hed, DAK, Det Administrative Kontaktforum.

Følgegruppen for uddannelse og arbejde nedsatte en arbejdsgruppe, som har haft til opgave at komme med forslag til indsatser og samarbejde omkring den forberedende grunduddannelse. Formålet med indsatserne er, at støtte op om at unge med psykisk sygdom gennemfører et FGU-forløb. For dermed på sigt at gøre de unge klar til at gennemføre en ungdomsuddannelse eller opnå tilknytning til arbejdsmarkedet. Arbejdsgruppen har indsamlet en række forskellige data for at belyse årsager til de unges frafald. I den forbindelse har de også interviewet en række unge om årsager til frafald og hvad der kan være hjælpsomt for at undgå frafald.

Det der virker ifølge de unge er:

- Tæt understøttelse af kontaktpersoner
- Individuelle planer med eksempelvis nedsat tid, eller alternative tilrettelagte forløb
- En grundig afsøgningsperiode med besøg på FGU'en og særlig tilrettelagt opstart gældende for de særligt sårbare unge

Arbejdsgruppen har også udarbejdet en række forslag til nye indsatser som eksempelvis:

- SPS-støtte tænkes ind i FGU-regi
- PsykInfo indgår i et tættere samarbejde med FGU
- Den kommunale del af PPR tænkes ind i et tættere samarbejde med FGU'erne  
Tættere kobling mellem den Kommunale Ungeindsats og FGU

På mødet præsenteres og udfoldes forslagene til indsatser af tovholderen for arbejdsgruppen samt medlem af Følgegruppen for uddannelse og arbejde, Charline Amdissen Bossen.

Arbejdsgruppen har udarbejdet et materiale med eksempler på datamateriale der kan belyse omfang og årsager til fravær og forslag til indsatser. Følgegruppen for uddannelse og arbejde anbefaler, at kommunerne benytter materialet som et ideoplæg til lokal implementering.

### **Indstilling**

Forretningsudvalget indstiller at Socialdirektørforum,

- tager orienteringen til efterretning.

## **Beslutning for Punkt 1: Tværsektoriel samarbejde vedrørende de forberedende grunduddannelser, FGU**

Der blev budt velkommen til Charline Bossen, Chef for Handicap & Psykiatri, Vejen Kommune, der fremlagde resultaterne fra en arbejdsgruppe om unge med psykisk sygdom om FGU. Arbejdsgruppen var nedsat under: Følgegruppen for uddannelse og arbejde.

Materialet kan bruges i det videre arbejde omkring samarbejdet med FGU. Det viser et stort behov for understøttelse, koordinering og samarbejde om at lette overgange mellem sektorerne. Det er problematisk, at der i forbindelse med oprettelse af FGU'en ikke er afsat midler til understøttelse af sårbare unge og til håndtering af skolevægning mm.

Emnet er relevant også ift. samarbejdet mellem ungeområdet og voksenområdet og foreslås som et tema til det kommende fællesmøde mellem Socialdirektørforum og repræsentanter fra Børne- og ungeområdet.

Charline informerede yderligere om, at deltagerne i arbejdsgruppen tager materialet med til eget bagland og netværk, samt at der er sendt et brev til relevante minister om undersøgelsens resultater.

Socialdirektørforum anbefaler at hver kommune tager materialet med til eget bagland og samtidig eventuelt afventer den kommende evaluering inden der igangsættes tiltag.

## **Punkt 2: Anbefalinger fra Sammen om Psykiatri og implementering**

Der bydes velkommen til Projektleder Maja Enggaard Jensen, der deltager under behandling af dette punkt.

### **Baggrund**

Det tværsektorielle projekt Sammen om Psykiatri startede op i 2018. Idéen til projektet opstod som en dialog om psykiatri og de fælles udfordringer, der fandt sted på et møde mellem Socialdirektørforum, Sundhedsstrategisk Forum og behandlingspsykiatrien i Region Syddanmark i oktober 2016. I efteråret 2018 startede projektet op, med en delt finansiering af projektledelsen imellem psykiatrisygehuset og Socialdirektørforum.

Projektet har til formål at sikre:

- at der bliver skabt bedre sammenhæng i indsatserne for de mest udsatte og komplekse borgere/patienter over 20 år, så de ikke falder imellem to stole
- at kendskabet til hinanden på tværs af sektorerne øges
- at samarbejdet, sammenhængen og tværfagligheden i indsatserne styrkes.

Samarbejdsmodellen er nu opstartet i alle kommuner og psykiatriske afdelinger, og alle kommuner, der har gennemført projektet, har valgt at videreføre det. Modellen er ét redskab i det tværsektorielle samarbejde til de mest komplekse borgerforløb, og der er udarbejdet en indsatsstrappe som viser dette (se bilag 1). Indsatsstrappen skal være medvirkende til at sikre, at de rette redskaber i samarbejdet anvendes.

Syddansk Sundhedsinnovation har lavet en kvalitativ evaluering af projektet (bilag 2). Overordnet er det evalueringens fund, at Sammen om Psykiatri er blevet oplevet som et værdifuldt initiativ, som skaber betydelige positive effekter for både samarbejdet på tværs og for borgerne/patienterne. Evalueringen kommer med otte anbefalinger, som er vigtige forudsætninger for den videre forankring:

1. Afstem forventninger om deltagernes roller og rammer
2. Prioritér at opdyrke stærke relationer og gensidig faglig respekt
3. Tovholdergruppen bør have blik for nye samarbejdsmuligheder
4. Ledere med beslutningsmandat skal deltage på møderne
5. Prioritér ekstra tid og ressourcer (eksempelvis administrativ understøttelse)
6. Skab trygge rammer for borgernes deltagelse på møderne
7. Hav en klar og konsekvent tilgang til opfølgning på møderne
8. Hav kontinuerligt fokus på formidling af formål og rammer

Ud over den kvalitative evaluering viser indsamlede forløbsdata (bilag 3) et fald i antal indlæggelser pr. måned, antal indlæggelsesdage, antal månedlige skadestue besøg, antal genindlæggelser og antal ambulante kontakter. Derudover ses et fald af tvangsindlæggelser.

Data indikerer dermed, at der er positive resultater for borgere/patienter ved at indgå i samarbejdsmodellen.

Projektet overgår nu til drift med forankring lokalt. Følgende opmærksomhedspunkter er vigtige at forholde sig til ved overgang fra projekt til drift:

- Ledelsesmæssig bevågenhed og opbakning
- Mulighed for at understøtte og genbesøge samarbejdsforløbene

Styregruppen anbefaler følgende tiltag, som kan understøtte den videre forankring:

- Anvendelse af evaluering i hvert forløb
- Udarbejdelse af skabelon for spilleregler
- Netværk for tovholdere
- Ad hoc understøttelse

Der pågår en dialog med Psykiatrisygehusets direktion omkring fælles finansiering af central understøttelse i en kortere periode for at sikre overgang fra projekt til drift og videre forankring. Der lægges op til et ¼ årsværk i et år – en betaling på 85.000 kr. fra hhv. Socialdirektørforum og Psykiatrien i 2023.

Der er i 2023 afsat 450.000 kr. i budgettet til Øvrige aktiviteter. Det vil være muligt at afholde medfinansieringen indenfor dette budget.

Socialdirektørforum følger samarbejdet.

## **Indstilling**

Forretningsudvalget indstiller at Socialdirektørforum,

- drøfter oplægget fra styregruppen, herunder evalueringen og opmærksomhedspunkterne,



- tager beslutning vedrørende forslaget om samfinansiering af central understøttelse i 2023,
- nedsætter en arbejdsgruppe på tværs af kommuner og region med henblik på at udarbejde skabelon, igangsætte netværk mm.,
- tager beslutning om at udarbejde en pressemeddelelse i samarbejde med regionen, herunder andet relevant kommunikation omkring projektets resultater, samt at
- drøfter hvordan projektet understøttes i at overgå til selvstændig drift i 2024.

## **Beslutning for Punkt 2: anbefalinger fra Sammen om Psykiatri og implementering**

Socialdirektørforum anerkender de flotte resultater i projektet og bakker op om at det kommunikerer ud via pressemeddelelse og ud i eget bagland til de der har arbejdet i projektet.

Metoden er ressourcetung, men giver en effekt der kan påvises.

Der er en opmærksomhed på, om et netværk af tovholdere, i forbindelse med vidensudveksling, kan bidrage til at gøre metoden mere effektiv i de enkelte kommuner.

Socialdirektørforum

- drøftede oplægget fra styregruppen,
- besluttede at samfinansiere central understøttelse i 2023,
- besluttede at der skal nedsættes en arbejdsgruppen,
- bakkede op om udarbejdelse af en pressemeddelelse og
- drøftede hvordan projektet understøttes fremover.

## **Punkt 3: Godkendelse af referat fra møde i Socialdirektørforum den 24. juni 2022**

### **Baggrund**

Godkendelse af referat fra møde i Socialdirektørforum den 24. juni 2022.  
[Dagsordenpunkter \(firstagenda.com\)](https://www.firstagenda.com)

### **Indstilling**

Forretningsudvalget indstiller at Socialdirektørforum,

- godkender referat fra møde i Socialdirektørforum den 24. juni 2022.

## **Beslutning for Punkt 3: Godkendelse af referat fra møde i Socialdirektørforum den 24. juni 2022**

Referatet blev godkendt.

## **Punkt 4: Kommissorium for Strategisk arbejdsgruppe under Socialdirektørforum**

## **Baggrund**

Til opsamling af indsamlet viden, erfaring og anbefalinger fra nedsatte arbejdsgrupper, besluttede Socialdirektørforummet den 24. juni 2022 at nedsætte en strategisk arbejdsgruppe med følgende formål:

- *at støtte Socialdirektørforum i det videre arbejde med at identificere konkrete indsatser og andre strategiske arbejdsopgaver, som udspringer af Socialdirektørforums arbejde. Herunder særligt i forhold til opgaver omkring faglige og udviklingsmæssige opgaver på socialområdet i tilknytning til de økonomiske vinkler.*

En af baggrundene for at oprette en strategisk arbejdsgruppe er, at der er behov for at arbejde videre med at kvalificere problemstillinger og temaer som knytter sig til udgiftspresset.

Forslag til kommissorium for gruppens arbejde er vedlagt som bilag.

## **Opgaver**

Gruppens opgave er af mere bred og tværgående karakter. Det kan f.eks. være at yde faglig sparring til sekretariatet, indsamle viden om, hvordan kommunerne i Syd arbejder med specifikke målgrupper og kvalificere den årlige redegørelse af kommunernes udgifter på socialområdet med faglige begrundelser.

I samarbejde med Økonomisk arbejdsgruppe skal fokus rettes mod, hvordan faglighed og økonomi i højere grad kan gå hånd i hånd.

Socialdirektørforum kan lægge andre konkrete opgaver i gruppen.

## **Sammensætning**

Strategisk arbejdsgruppe sammensættes af syv til ni ledere/konsulenter/faglige medarbejdere med stor faglig viden om målgrupper og indsatser på det specialiserede socialområde fra såvel store som mindre kommuner fra hele Syddanmark. Socialdirektørforum sammensætter gruppen og i den forbindelse lægges der vægt på, at medlemmerne sammen er indstillet på at afprøve nye tilgange, pege på nye veje og metoder samt at de har blik for at finde gode løsninger og samarbejdsmuligheder på tværs.

Der arbejdes med en model, hvor arbejdsgruppen består af en fast kerne af medlemmer, der udpeges under dette punkt, samt at der er åbent for deltagelse fra andre fagpersoner ad hoc efter behov. Dette kan eksempelvis afklares i forbindelse med overdragelse af opgaver fra Socialdirektørforum til arbejdsgruppen.

Fælleskommunalt Socialsekretariat varetager sekretærfunktionen.

Strategisk arbejdsgruppe konstituerer sig selv. Socialdirektørforum orienteres om ændringer i gruppens sammensætning.

## **Mødeaktivitet**

Møderækken følger som udgangspunkt møderækken i Socialdirektørforum.

## **Sammenhæng**

Forretningsudvalget drøftede hvordan der sikres en tæt kobling mellem arbejdsgruppen og Socialdirektørforum og det blev besluttet, at Lise deltager på de første møder i forbindelse med arbejdsgruppens opstart.

Odense og Middelfart har hver budt ind med en deltager og andre kommuner må meget gerne sende forslag til deltagere.

### **Indstilling**

Forretningsudvalget indstiller at Socialdirektørforum,

- godkender kommissorium for Strategisk arbejdsgruppe, og
- sammensætter Strategisk arbejdsgruppe med syv til ni ledere/konsulenter/faglige medarbejdere med stor faglig viden om målgrupper og indsatser på det specialiserede socialområde.

## **Beslutning for Punkt 4: Kommissorium for Strategisk arbejdsgruppe under Socialdirektørforum**

Der er udpeget medlemmer fra Odense, Middelfart og Tønder. Yderligere medlemmer fra Nyborg, Vejen og Region Syddanmark blev tilføjet til arbejdsgruppen og der sendes mail ud til Socialdirektørforum med opfordring til at komme med forslag til de sidste 3 pladser i arbejdsgruppen.

Socialdirektørforum godkendte kommissoriet.

## **Punkt 5: Dialog med psykiatrisygehuset**

### **Baggrund**

Charlotte Rosenkrantz Josefsen, Administrerende sygehusdirektør, deltog i Forretningsudvalgets møde den 25. august 2022. Det er aftalt, at psykiatrisygehusdirektøren deltager to-tre gange om året på Forretningsudvalgets møder til en løbende gensidig dialog.

På Forretningsudvalget blev følgende emner drøftet.

1. Status på de politiske møder i regionen.
  - Hvilke overvejelser om den fremtidige organisering af psykiatrien tegner sig for regionen efter møderne?
  - Hvordan får vi vurderet konsekvenser af en fremtidig organisering for kommunerne, - inden beslutning/ikrafttrædelse?
  - Er der områder vi i fællesskab skal søge at påvirke centralt?
2. Sundhedsklyngerne og det nødvendige fokus på både behandlings- og socialpsykiatri. Hvordan kan vi sammen understøtte dette?
3. Sammen om Psykiatri. Erfaringer og fokus videre frem.
4. Eventuelt

På mødet var der en konstruktiv dialog med udveksling af synspunkter om emnerne. Vedhæftet er et referat fra dialogen og Forretningsudvalget vil orientere fra mødet.

### **Indstilling**

Forretningsudvalget indstiller at Socialdirektørforum,

- tager orienteringen til efterretning.

## **Beslutning for Punkt 5: Dialog med psykiatrisygehuset**

Der er opbakning til at planlægge hyppigere drøftelser med psykiatrisygehusdirektøren.

Orienteringen blev taget til efterretning.

## **Punkt 6: Socialstyrelsens Centrale Udmeldinger**

### **Baggrund**

Den 31. august 2022 blev der afholdt et møde mellem Socialstyrelsen, De Administrative Styregruppers formænd (herunder Lise Willer fra Syd) og KL omkring Socialstyrelsens behandling af de aktuelle Centrale Udmeldinger (CU'er). Lise Willer vil orientere fra mødet.

Aktuelt er følgende centrale udmeldinger under behandling:

1. Borgere med udviklingshæmning og dom med behov for anbringelse i sikret afdeling
2. Udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug

### Status på CU 1

Socialstyrelsen mener fortsat, at der er behov for oprettelse af yderligere én sikret afdeling, som udgangspunktet i Vestdanmark. Socialstyrelsen afventer resultaterne fra arbejdsgruppen som Social- og Ældreministeriet har nedsat med henblik på at udrede og finde løsninger på problemstillingerne vedr. borgere med udviklingshæmning og domstype 1 samt Kofoedsminde. Samtidig anmoder Socialstyrelsen rammeaftalesekretariatet Sjælland og Region Sjælland om en opdateret status vedrørende Kofoedsminde. Samlet set skulle det gerne give et godt grundlag for den videre behandling af CU'en.

### Status på CU 2

Socialstyrelsen er fortsat bekymret for løsningerne i forhold til denne målgruppe og de overvejer at sende CU'en ud til fornyet behandling. Socialstyrelsen har afholdt to online seminarer om indsatser til udsatte gravide med skadeligt rusmiddelbrug. Vedhæftet er Socialstyrelsens opsamling på de faglige seminarer.

Socialstyrelsen vil nu sende en skriftlig henvendelse med det formål at indhente aktuel viden om, hvordan kommunerne i dag arbejder med målgruppen gravide med misbrug. Efterfølgende vil Socialstyrelsen træffe afgørelse om, hvorvidt de vil udsende en ny CU eller bede kommunalbestyrelserne om at etablere mere beskyttede og behandlende tiltag overfor målgruppen.

Medlemmer af Socialdirektørforum anmodes i tilknytning til den kommende henvendelse fra Socialstyrelsen om, at undersøge i egen kommune, hvordan der arbejdes konkret med denne udsatte målgruppe af gravide med misbrug. Der er hos Socialstyrelsen et fokus på, om kommunerne løfter koordineringsopgaven på tværs af faglige områder: misbrugsbehandling, familieambulatorierne med jordemødrene, eventuelt psykiatrien, samt sociale indsatser. Socialdirektørforum drøfter dette nærmere på mødet.

### *Forløbsbeskrivelser*

Socialstyrelsen udgiver fredag den 9. september (på International FASD Awareness Day 2022) to forløbsbeskrivelser for hhv. 1) Udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug og 2) Børn og unge med komplekse funktionsnedsættelser som følge af prænatal eksponering for rusmidler og afhængighedsskabende medicin.

#### *Nye centrale udmeldinger*

Socialstyrelsen har varslet to nye centrale udmeldinger på områderne for punktskrift og tegnsprog. Socialstyrelsen vil bruge en anden fremgangsmåde end tidligere. Der vil hovedsageligt være fokus på koordinationen af indsatsen – hvilket vil give mindre arbejde for kommunerne.

#### **Indstilling**

Forretningsudvalget indstiller at Socialdirektørforum

- drøfter status på de aktuelle CU'er,
- drøfter de varslede CU'er og
- tager orienteringen til efterretning.

## **Beslutning for Punkt 6: Socialstyrelsens Centrale Udmeldinger**

Socialstyrelsen afventer resultaterne fra arbejdsgruppen om de sikrede institutioner og samtidig overvejer de at genudsende CU'en om udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug.

Helle Rotbøll Randløv fra Socialstyrelsen deltog under punktet og præsenterede de to nye forløbsbeskrivelser:

1. Udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug og
2. Børn og unge med komplekse funktionsnedsættelser som følge af prænatal eksponering for rusmidler og afhængighedsskabende medicin.

Drøftelser i Socialdirektørforum drejede sig om Socialstyrelsens fokus på kommunernes tilbud til gravide kvinder med skadeligt rusmiddelbrug.

Socialdirektørforum afventer Socialstyrelsens udmelding i forhold til de kommende centrale udmeldinger og hvad Socialstyrelsen konkret vil bede kommunerne om.

Socialdirektørforum

- drøftede status på de aktuelle CU'er,
- drøftede de varslede CU'er på kommunikationsområdet og
- tog orienteringen til efterretning.
- der var enighed om, at mulighederne for at etablere pladser til gravide med misbrug på de særlige pladser, bør undersøges nærmere i et samarbejde mellem region og kommunerne. En mulig arbejdsgruppe aftales nærmere med psykiatrilædelser.

## **Punkt 7: Repræsentant til Udsatterådet i Region Syddanmark**

**Baggrund**

Regionsrådet i Region Syddanmark besluttede den 25. maj 2020 at nedsætte et udsatteråd. Formålet med rådet er at sikre, at viden om socialt udsattes særlige behov på sundheds- og socialområdet, inddrages i politiske beslutninger og dermed bidrager til bedre og mere fleksible tilbud og medvirker til større lighed i sundhed.

Det blev samtidig besluttet, at udsatterådet sammensættes af:

- Fem regionsrådspolitikere
- Ni medlemmer, som repræsenterer frivillige organisationer samt kommunale og regionale aktører, der arbejder med borgere i udsatte positioner
- Tre fagpersoner fra Region Syddanmark

Der afholdes årligt fire møder.

Kommissorium for udsatteråd i Region Syddanmark er vedhæftet.

Repræsentanten godkendes formelt i Regionsrådet der har møde til september 2022 hvorefter repræsentanten kan deltage i rådets møder.

Siden oprettelsen er repræsentantskabet blevet varetaget af en Social- og gadesygeplejerske fra Tønder Kommune, der er stoppet i funktionen. Derfor er der opstået mulighed for at udpege en ny gadesygeplejerske eller en medarbejder med en lignende opsøgende gadefunktion.

Medlemmerne i Socialdirektørforum har haft mulighed for at sende forslag til kandidater som er oplistet i vedhæftede dokument: Liste over kandidater til Region Syddanmarks udsatteråd. Der er indmeldt tre kandidater fra henholdsvis: Nyborg, Odense og Kolding.

Forretningsudvalget takker for de tre kvalificerede kandidater til posten og indstiller kandidaten fra Nyborg.

### **Indstilling**

Forretningsudvalget indstiller at Socialdirektørforum,

- godkender den indstillede kandidat, hvorefter kandidaten kan indstilles til Regionsrådet.

## **Beslutning for Punkt 7: Repræsentant til Udsatterådet i Region Syddanmark**

Socialdirektørforum godkendte den indstillede kandidat fra Nyborg til videresendelse til Regionsrådet.

## **Punkt 8: Koordinering mellem socialområdet og sundhedsområdet. Ny organisering**

### **Baggrund**

Den 1. juli 2022 trådte lov om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalget m.v.) i kraft. Loven fastlægger etableringen af 21 sundhedsklynger, heraf fire i Syddanmark (Sønderjylland, Lillebælt, Sydvestjylland og Fyn), der består af både et politisk og administrativt niveau. Denne sag beskriver kort den nye struktur, og hvad det har af betydning for kommunerne.

På politisk niveau består klyngerne af fire politikere fra Regionsrådet (herunder Regionsrådsformand), borgmestrene fra kommunerne i klyngen, to repræsentanter fra PLO og to patient- og pårørenderepræsentanter. På fagligt-strategisk niveau består klyngerne af en sygehusdirektør fra klyngens akutsygehus, en direktør fra psykiatrien og en chef af regionshuset, en direktør fra hver kommune i klyngen og to repræsentanter fra PLO.

Med oprettelsen af sundhedsklyngerne forventer man at kunne skabe optimale betingelser for at løse lokale sundhedsudfordringer gennem det tværsektorielle samarbejde. Klyngerne skal arbejde i samme retning som det overordnede tværsektorielle sundhedssamarbejde, der varetages af det nyoprettede Sundhedssamarbejdsudvalg (tidligere Sundhedskoordinationsudvalget), som består af fem regionsrådspolitikere (herunder Regionsrådsformanden) og fem kommunale politikere, heraf de fire borgmestrene, der har medformandsposten i deres klynge, to repræsentanter fra PLO og patient- og pårørenderepræsentanter. Aktuelle medlemmer kan ses her: [Sundhedssamarbejdsudvalget \(regionsyddanmark.dk\)](https://regionsyddanmark.dk)

For kommunerne er den store forandring, at det er borgmestrene, og ikke udvalgsformændene for sundhedsudvalgene, der er repræsenteret på det politiske niveau. Derudover er der lagt et decentralt politisk niveau ud med sundhedsklyngerne, som ikke tidligere eksisterede.

Det overordnede administrative organ er Strategisk Sundhedsstyregruppe. Aktuelle medlemmer ses her: [Medlemmer af Strategisk Sundhedsstyregruppe \(regionsyddanmark.dk\)](https://regionsyddanmark.dk)

Der vil være nogle af direktørerne fra kommunerne på det administrative niveau, der har både socialområdet og sundhedsområdet under sig, mens der vil være andre direktører, der ikke har socialområdet under sig.

## Bilag

- Lov om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalget m.v.)
- Organisering under Sundhedssamarbejdsudvalget og sundhedsklyngerne

## Indstilling

Forretningsudvalget indstiller at Socialdirektørforum,

- tager orienteringen til efterretning.

## **Beslutning for Punkt 8: Koordinering mellem socialområdet og sundhedsområdet. Ny organisering**

Socialdirektørforum tog orienteringen til efterretning.

## **Punkt 9: Politisk temadag 2023 om rammeaftalerne**

### **Baggrund**

I forbindelse med processen med formulering af Rammeaftale 2023-2024 er det besluttet at de politiske udvalg på det sociale område inviteres til at deltage i en KKR temadag,

med fokus på det samarbejde der foregår på tværs af kommuner og Region Syddanmark under rammeaftalesamarbejdet.

Temadagen planlægges afviklet den 8. februar 2023 fra kl. 11:30 - 16:00 startende med frokost.

Forslag til emner for dagen:

- Hvad er Rammeaftalen og hvorfor har vi den?
- Det tværgående samarbejde med psykiatrien
- Ulighed i sundhed
- Foreløbige anbefalinger fra ekspertudvalget under Socialministeriet
- Forebyggelse af psykiske lidelser blandt børn og unge
- Mental trivsel

### **Indstilling**

Forretningsudvalget indstiller at Socialdirektørforum,

- drøfter emner for temadagen.

## **Punkt 9: Politisk temadag 2023 om rammeaftalerne**

### **Baggrund**

Socialdirektørforummet besluttede den 24. juni 2022 at invitere de politiske socialudvalg i de syddanske kommuner til en temadag med fokus på samarbejdet om rammeaftalen.

### **Indstilling**

## **Beslutning for Punkt 9: Politisk temadag 2023 om rammeaftalerne**

Socialdirektørforum drøftede emner for temadagen og bakkede op om det foreslåede. Der sendes invitation og kalenderbooking ud umiddelbart efter efterårsferien.

## **Punkt 10: Fællesmødet med børne- og ungeområdet**

### **Baggrund**

Til opfølgning af dialogen i Socialdirektørforum om samarbejde med Børne- og ungeområdet havde Lise Willer et møde med formand for Børne- og kulturchefforeningen, BKF, Chriss Mailandt-Poulsen (Aabenraa Kommune). Det blev besluttet i første omgang at samarbejde om at sætte de mest aktuelle og relevante emner på programmet til næste fællesmøde.

Fra Socialdirektørforums drøftelse af mulige emner før sommerferien fremkommer følgende ideer/forslag til temamødet som er sendt til Chriss Mailandt-Poulsen:



1. Segregering/inklusion i skolerne i forhold til at der kommer flere børn og unge med diagnoser og diverse udfordringer. Det der presser socialområdet, presser også skolerne og samlet øger det vores udgifter til disse målgrupper både på socialområdet og på skoleområdet. Hvordan kan vi tilgå dette med en fælles strategi?
2. Forebyggende arbejde i skolerne, hvordan arbejder skolerne med det, så børnene rummes – og hvor kan social og skoleområderne øge samarbejdet ?
3. Er vi på vej til at der skal etableres flere interne skole på socialområdet – med skolebetaling??
4. Frisættelse af folkeskolerne – hvad betyder det for socialområdet?
5. Barnets lov, Børnene først – og det nødvendige samarbejde mellem social og skole

BKF's bestyrelse blev inviteret til at komme med forslag til emner og oplægsholdere til fællesmødet herunder også mulige datoer.

Der arbejdes på, at afholde fællesmødet i første kvartal af 2023.

### **Indstilling**

Forretningsudvalget indstiller at Socialdirektørforum,

- tager orienteringen til efterretning, og
- kommer med forslag til emner til næste fællesmøde.

## **Beslutning for Punkt 10: Fællesmødet med børne- og ungeområdet**

Socialdirektørforum tog orienteringen til efterretning og bakkede op om de foreslåede emner til fællesmødet.

## **Punkt 11: Belægningsprocenter 1. halvår 2022**

### **Baggrund**

Jævnfør Rammeaftalen 2021-2022 skal kommunerne og regionen i Syddanmark indberette gennemsnitlige faktiske belægningsprocenter efter 2. kvartal for de tilbud, hvor den faktiske belægningsprocent afviger 5 %-point eller mere fra den budgetterede belægningsprocent (både ved overbelægning og underbelægning).

### **Indberettede belægningsprocenter**

For de tilbud hvor den faktiske belægningsprocent afviger 5 %-point eller mere fra den budgetterede belægningsprocent skal det angives, om det vurderes, at afvigelsen medfører en efterregulering af underskud eller overskud, som har betydning for taksten. Endvidere beskrives, om der er udfordringer med belægningen, herunder om der er igangsat initiativer som følge af afvigelsen mellem budgetteret belægning og den gennemsnitlige faktiske belægning.

Vedlagt er en oversigt over de tilbud kommuner og regionen i Syddanmark har indberettet.

## **Økonomisk arbejdsgruppes vurdering af belægningen**

Økonomisk arbejdsgruppe har på møde i arbejdsgruppen den 16. august 2022 drøftet oversigten med henblik på, at vurdere om der er tilbud/områder, som arbejdsgruppen mener bør følges ekstra tæt.

Økonomisk arbejdsgruppe ser ingen generelle tendenser. Det ses, at der inden for de enkelte målgrupper er ydelser med såvel overbelægning som underbelægning. Økonomisk arbejdsgruppe anser det som positivt, at driftsherrerne i langt de fleste tilfælde formår at tilpasse økonomien i situationer med underbelægning.

## **Indstilling**

Forretningsudvalget indstiller at Socialdirektørforum,

- tager orienteringen til efterretning.

## **Beslutning for Punkt 11: Belægningsprocenter 1. halvår 2022**

Socialdirektørforum tog orienteringen til efterretning.

## **Punkt 12: De særlige pladser**

### **Baggrund**

Til ERFA-møde den 29. marts 2022 for De særlige pladser blev det aftalt, at iværksætte tiltag på baggrund af den lave belægning på De særlige pladser. Derfor sendes der til august 2022 information ud til regionens 22 kommuner for at planlægge besøg.

Repræsentanter fra De særlige pladser i Esbjerg og Odense samt koordinator for visitationsforum, tilbyder at besøge kommunerne og give en opdatering på, hvad De særlige pladser kan tilbyde borgerne i målgruppen, herunder hvordan reglerne for de De særlige pladser fortolkes.

Belægningen på De særlige pladser er aktuelt meget lav. Kommunerne opfordres til at tage imod tilbuddet om besøg fra De særlige pladser i håb om at der opspores flere borgere, der kan profitere af et ophold på de særlige pladser.

### **Indstilling**

Forretningsudvalget indstiller at Socialdirektørforum,

- tager orienteringen til efterretning.

## **Beslutning for Punkt 12: De særlige pladser**

Socialdirektørforum tog orienteringen til efterretning.

## **Punkt 13: Opfølgning i forhold til kommunikationsområdet**

### **Baggrund**

På baggrund af Socialstyrelsens henvendelse fra den 4. januar 2021 vedrørende det regionale tilbud: Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi (CKV) og en bekymring for afspecialisering på børnesynsområdet igangsatte Socialdirektørform i samarbejde med Region Syddanmark en kortlægning og analyse af kommunikationsområdet. Det blev besluttet at gennemføre en kortlægning af hele kommunikationsområdet. Resultaterne og rapporten blev fremlagt på møde i Socialdirektørforum den 18. marts 2022, hvorefter der har været taget forskellige initiativer. Se vedhæftede bilag med information om processen.

Seneste initiativ var et møde mellem Lise Willer, Christian Schacht-Magnussen, Socialdirektør Region Syddanmark, og Dansk Tale, Høre og Synsinstitutioner (DTHS) repræsenteret ved, Per Nielsen, Næstformand DTHS og Jan Hoedt, Organisationskonsulent.

Maj 2022 offentliggjorde Social- og Ældreministeriet afrapporteringen af evalueringen af det specialiserede socialområde sammen med et nyt politisk udspil. Socialstyrelsen afventer politisk stillingtagen til den videre proces, og en mulig specialeplanlægning på socialområdet. En eventuel udrulning af specialeplanen vil have stor betydning for hele det specialiserede socialområdet og organiseringen heraf herunder også kommunikationsområdet.

Billedet der tegnes i rapporten: "Kortlægning og analyse af kommunikationsområdet i syd" ligner billedet på landsplan og arbejdet med forbedringspotentialet kan ikke løftes alene i syd.

I lyset af forhandlingerne om specialeplanlægningen på socialområdet var der enighed om ikke at gå videre med tiltag i forhold til kommunikationsområdet på nuværende tidspunkt.

### **Indstilling**

Forretningsudvalget indstiller at Socialdirektørforum,

- tager orienteringen til efterretning, og
- ikke iværksætter yderligere tiltag på nuværende tidspunkt.

## **Beslutning for Punkt 13: Opfølgning i forhold til kommunikationsområdet**

Socialdirektørforum tog orienteringen til efterretning og godkendte at der ikke iværksættes yderligere tiltag på nuværende tidspunkt. Der var enighed om, at der skrives ud til alle bidragsydere fra kommunerne med tak for deres deltagelse i kortlægningen.

## **Punkt 14: Samarbejde om spiseforstyrrelse**

### **Baggrund**

Socialdirektørforum besluttede at tilføje Pomonahuset til det udarbejdede dokument om samarbejde i syd om spiseforstyrrelser. Vedhæftet er en opdateret version af dokumentet som kan være en ressource i kommunernes videre arbejde med spiseforstyrrelser.

Region Syddanmark og de 22 kommuner afholdt en konference hvor 15 af de syddanske kommuner deltog. For de kommuner der ikke kunne deltage er der mulighed for at se oplæg og diverse dokumenter her på siden: [Børn og unge \(regionsyddanmark.dk\)](https://regionsyddanmark.dk) Der er oplæg fra Sønderborg og Vejle, der også indgår i vedhæftede dokument.

I forbindelse med konferencen blev der opsamlet deltagernes svar på spørgsmålet: Hvordan styrker vi det fælles fokus på indsatsen på tværs i Syddanmark. Input er givet fra fagfolkene der deltog fra de syddanske kommuner og Region Syddanmark. Vedhæftet er: Anbefalinger til arbejde på tværs 11.maj2022. Input tages med til arbejdsgruppen der skal igangsætte netværk for medarbejdere der arbejder med mennesker med spiseforstyrrelser og for medarbejdere på myndighedsområdet.

Arbejdsgruppen vil hurtigst muligt finde en dato ud for første netværksmøde. Dermed kan den meldes ud i netværket til medarbejdere der arbejder med mennesker med spiseforstyrrelse og myndighed.

## Indstilling

Forretningsudvalget indstiller at Socialdirektørforum,

- tager orienteringen til efterretning.

## Beslutning for Punkt 14: Samarbejde om spiseforstyrrelse

Rapporten kan sendes ud i eget bagland til understøttelse af arbejdet med borgere med spiseforstyrrelse. Der bakkes op om et kommende møde i netværket.

Orienteringen blev taget til efterretning.

## Punkt 15: Orienteringer

### 1. Ekstra møde i koordinationsforum den 28. juni 2022 om de sikrede institutioner

Vedhæftet er referat (bilag 1) fra mødet samt bilag til mødet (her bilag 2): Udviklingen i antal anbragte på de sikrede institutioner jan - maj 2022

**2. Dagsorden i vedhæftede dokument (bilag 3): Dialogmøde med Syddanmark og Socialstyrelsen den 23. juni 2022** indeholder en kort status for hvert af punkterne herunder Socialstyrelsens behandling af de Centrale udmeldinger.

### 3. Ombudsmandens besøg på Egely den 8. og 9. september 2021

Folketingets Ombudsmands Børnekontor var den 8. og 9. september 2021 på et varslet tilsynsbesøg på Socialcenter Lillebælts sikrede ungdomsinstitution Egely.

Besøget skete som led i Børnekontorets almindelige tilsynsvirksomhed og som led i Folketingets Ombudsmands OPCAT-virksomhed (virksomhed i henhold til valgfri protokol til FN-konventionen mod tortur og anden grusom, umenneske lig eller nedværdigende behandling eller straf).

Ved tilsynsbesøget blev der mundtligt givet en række anbefalinger, som også blev fremsendt skriftligt ved afsluttende brev af 18. marts 2022.

Egely har siden tilsynsbesøget sammen med Socialcenter Lillebælt og den centrale regionale sociale forvaltning løbende arbejdet på at implementere anbefalingerne fra Folketingets Ombudsmands Børnekontor.

Følgende bilag er vedhæftet:

Det afsluttende brev fra Folketingets Ombudsmand (bilag 1) samt notat (bilag 2) udarbejdet af Socialcenter Lillebælt vedrørende arbejdet med og status på implementering af anbefalingerne i den daglige praksis, herunder også "Quikk-modellen" (bilag 3) og "Trin-for-Trin" guiden (bilag4).

Quikk-modellen beskriver overordnet hvilke handlinger, der skal foretages efter en magtanvendelse og tidsfristerne herfor, mens "Trin-for-Trin" guiden beskriver de enkelte trin, der skal foretages ved udfyldelse af magtanvendelseskemaet.

Sagen var til orientering på regionens Psykiatri - og Socialudvalg juni 2022. Forretningsudvalget bakker op om Egelys indsats.

#### **4. Kommentarer til dagsorden fra Billund Kommune**

### **Beslutning for Punkt 15: Orienteringer**

Orienteringerne blev taget til efterretning.

### **Punkt 16: Eventuelt**

-

### **Beslutning for Punkt 16: Eventuelt**

Det blev drøftet hvordan rekruttering af medarbejdere kan kobles med uddannelse og forskellige kommuners og regionens erfaringer hermed.



## Invitation til møde om det specialiserede socialområde for politikere og nøglepersoner i Syddanmark

Socialdirektørforum inviterer til et fælles møde hvor det specialiserede socialområde er på dagsorden, herunder Rammeaftalen og indsatsområderne. Økonomiske faktorer og vilkår på det specialiserede socialområde samt aktuelle nyheder.

**Tidspunkt** 8. februar 2023

**Sted** Opdateres

### Program

Kl. 11:30 – 12:15	Ankomst, navneskilt og frokost
12:15	Velkomst
12:15 – 13:15	Udgiftspres på det specialiserede socialområde og ekspertudvalgets drøftelser <i>v. Torben Tranæs. Formand for Ekspertudvalget på Socialområdet under Social- og Ældreministeriet.</i>
13:15 – 13:45	Hvad er kommunerne optaget af i forbindelse med udgiftspresset? Budskaber tilbage til Ekspertudvalget
13:45 – 14:00	Pause med kaffe, kage, frugt
14:00 – 15:00	Mental trivsel – og forebyggelse af psykiske lidelser blandt børn og unge. <i>v. Anne Görlich. Lektor, ph.d. Center for Ungdomsforskning // CeFU</i>
15:00 – 15:45	Hvad tager vi med tilbage til egen kommune?
15:45 – 16:00	Afslutning og kage/frugt



## Invitation til døgnmøde om: Økonomi, styring, incitament

Socialdirektørforum har besluttet at dykke mere ned i økonomiske vilkår og incitament på det specialiserede socialområde til et døgnmøde i marts 2023.

**Tidspunkt** 9. marts 2023 kl. 8:30 – 10. marts kl. 12:30

**Sted** Trekantsområdet

### Program

#### 9. marts

kl. 8:30	Ankomst, morgenbrød og kaffe
9:00 – 10:00	Særligt dyre enkeltsager på det specialiserede voksensocialområde <i>v. Maibritt Kuszon fra Komponent</i>
10:00 – 10:15	Pause
10:15 – 11:00	Udgiftspresset på socialområdet – det vi ved <i>v. Hans Andersen fra KL</i>
11:00 – 12:00	<b>Drøftelser:</b> Hvad skal vi fremadrettet kortlægge i Syd? Hvad vil vi gerne blive klogere på i fællesskab i syd? <i>v. Økonomisk arbejdsgruppe og Strategisk arbejdsgruppe</i>
12:00 – 12:45	Frokost
13:00 – 14:45	Besøg på Egely
15:15 – 17:00	Oplæg – overskrift følger <i>v. Susanne Ekman, Lektor, Institut for Mennesker og Teknologi, RUC. Forfatter til bogen: Giftig gæld og udpint velfærd</i>
19:00 – 20:00	Aftensmad
	Underholdning – spil konkurrence – sjovt indslag



## 10. marts

	Morgenmad
Kl. 8:30 – 9:30	Sundhedsopgaver på Socialområdet/klyngerne. Oplæg og drøftelser v.
9:30 – 10:30	Hovedloven: Hvordan har kommunerne valgt at arbejde med denne opgave? Eksempler fra Syd. v.
10:30 – 10:45	Pause
10:45 – 12:00	Ordinært møde i Socialdirektørforum
Kl. 12:00 – 12:30	Afslutning og frokost



## Kapacitet, anlægsudfordringer og lånemuligheder på det specialiserede socialområde

*Hovedudfordringen:* I fremtiden ser kommunerne ind i lovgivning der vil betyde øget behov for §107-pladser, særligt ifht. fx psykiatri og hjemløseindsats.

Det vanskeliggør indsatserne når der

- ikke er §107-pladser nok,
- ikke er anlægsramme til at bygge og
- når de almene botilbud, §105, ikke må anvendes til formålet

Kommunerne skal tilbyde midlertidigt ophold i boformer til personer med særlige sociale problemer, som ikke har - eller ikke kan opholde sig i - egen bolig. Det opleves, at flere kommuner ikke har tilstrækkeligt antal midlertidige pladser – de såkaldte §107-tilbud.

De længerevarende pladser udgøres enten af §108-tilbud opført efter serviceloven eller som botilbud opført efter almenboliglovens §105 og så gives der støttes efter servicelovens §85. Det betyder, at borgeren har en lejekontrakt på sit botilbud. Det betyder også at borgeren er omfattet af lejelovens bestemmelser og selv kan vælge at blive boende på præcis dét botilbud så længe man ønsker.

Boliger der er opført efter almenboliglovens bestemmelser (§105) kan ikke anvendes til § 107 tilbud. Det opleves i nogle tilfælde, at Socialtilsynet har godkendt § 105-boliger som §107-tilbud. Dvs. at Socialtilsynet ikke har skullet til efter hvilken lovgivning boligerne er opført. Det er imidlertid ikke lovlig anvendelse af de almene boliger.

De fleste kommuner er presset på anlægsrammen og har overordentligt svært ved at afse anlægsramme til at bygge nye institutioner (som oftest er specialiserede i en grad, så en del af pladserne sælges til andre kommuner).

### FAKTA OM §105 OG §§107-108

**Midlertidigt botilbud efter servicelovens §107:** Botilbud til midlertidigt ophold efter servicelovens § 107 adskiller sig fra længerevarende botilbud efter servicelovens § 108 og fra almene ældre- og handicapboliger efter almenboliglovens § 105 ved, at det ved visitationen af en borger til et midlertidigt botilbud vurderes, at borgerens behov for et botilbud ikke er varigt, men f.eks. har til formål at sikre rammen om en behandlingsmæssig indsats.

Betalingen for §107 fastsættes under hensyn til den enkeltes økonomiske formåen, og så der også er et rimeligt beløb til personlige fornødenheder. Ved opførelse af §107-byggeri belastes den kommunale anlægsramme fuldt ud.

Dato: 8. november 2022

E-mail: LALM@kl.dk  
Direkte:28737631

Middelfart Kommune  
Nytov 9  
5500 Middelfart

[www.kl.dk/kkr-syddanmark](http://www.kl.dk/kkr-syddanmark)  
Side 1 af 2

**Længerevarende botilbud efter almenboligloven §105 eller servicelovens §108:** Botilbud efter almenboliglovens § 105 omfatter umiddelbart de samme mennesker som efter servicelovens § 108-botilbud. I begge tilfælde har beboerne en varigt nedsat funktionsevne og permanent behov for omfattende hjælp.

I en bolig der er bygget efter Almenboligloven §105 betales der ordinær husleje og det er muligt at søge om boligstøtte, men ikke om nedsat husleje ved hvis beboeren fx har lav indkomst.

I en bolig der er bygget som §108-tilbud, er borgeren omfattet af de særlige og lempeligere regler om betaling for botilbud. Betalingen fastsættes under hensyn til den enkeltes økonomiske formåen.

Ved opførelse af §108-byggeri belastes den kommunale anlægsramme fuldt ud.

Ved opførelse af §105-byggeri belastes anlægsrammen ikke for så vidt angår boligerne, idet det opføres som alment byggeri, der er undtaget fra anlægsrammen. Som kommune skal man bidrage til finansieringen af boligerne med grundkapital, svarende til 10% af anlægssummen. Hvis der skal opføres servicearealer som fx personalestue, depot, kontor osv. skal det finansieres fuldt ud af kommunen fra anlægsrammen.

Dato: 8. november 2022

Sags ID: SAG-2022-04658  
Dok. ID: 3270948

E-mail: LALM@kl.dk  
Direkte: 2383 2028

Middelfart Kommune  
Nytov 9  
5500 Middelfart

[www.kl.dk/kkr-syddanmark](http://www.kl.dk/kkr-syddanmark)  
Side 2 af 2



**Socialstyrelsen**

Forløbsbeskrivelse

# UDSATTE GRAVIDE MED SKADELIGT RUSMIDDELFORBRUG

---

Viden til gavn



**Publikationen er udgivet af:**

Socialstyrelsen  
Edisonsvej 1  
5000 Odense C  
Tlf.: 72 42 37 00  
E-mail: [info@socialstyrelsen.dk](mailto:info@socialstyrelsen.dk)  
[www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

Layout: 4PLUS4  
Forsidefoto: Adobe Stock  
Indhold udarbejdet af Socialstyrelsen  
Udgivet september 2022

Download eller se rapporten på [www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)  
Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse af kilde.

ISBN nr. 978-87-94371-02-5



# Indhold

<b>Anbefalinger .....</b>	<b>5</b>
<b>1. Indledning .....</b>	<b>9</b>
1.1 Forløbsbeskrivelsens formål og indhold .....	11
1.2 Begrebsafklaring .....	11
<b>2. Målgruppen .....</b>	<b>12</b>
2.1 Inklusionskriterier .....	13
2.2 Indsatsbehov hos målgruppen .....	13
2.3 Målgruppens størrelse.....	14
2.4 Eksemplificering via cases .....	15
<b>3. Faglige indsatser .....</b>	<b>16</b>
3.1 Gennemgående principper.....	17
3.2 Opsporing .....	18
3.2.1 Relevante fagpersoner med kontakt til målgruppen deltager i systematisk opsporing .....	19
3.2.2 Adgang til centrale fagpersoner og relevant kompetenceudvikling .....	20
3.2.3 Opsøgende indsats hvor målgruppen færdes .....	20
3.2.4 Underretninger som del af opsporing.....	21
3.2.5 Systematisk forebyggelse: prævention og tidlig indsats .....	22
3.3 Udredning.....	24
3.3.1 Helhedsorienteret afdækning.....	25
3.4 Indsatser .....	29
3.4.1 Social støtte under graviditeten .....	29
3.4.2 Støtte og rusmiddelbehandling til partner .....	33
3.4.3 Social rusmiddelbehandling .....	33
3.4.4 Faglig vurdering af behov for døgnbehandling.....	34
3.4.5 Forberedelse til fødsel og ophold på barselsgangen .....	36
3.5 Opfølgning .....	39
3.5.1 Fortsat støtte og opfølgning i socialfaglige indsatser .....	40
3.5.2 Fortsat støtte og opfølgning i rusmiddelbehandlingen.....	42
3.5.3 Fortsat støtte og opfølgning i sundhedsfaglige indsatser .....	43
<b>4. Organisering og samarbejde .....</b>	<b>45</b>
4.1 Aktører .....	46
4.1.1 Før graviditet .....	46
4.1.2 Under graviditeten.....	46
4.1.3 Efter fødslen.....	47
4.1.4 Eksempler på aktører, der skal involveres .....	48
4.2 Samarbejde og koordinering.....	48
4.2.1 Koordinering af indsatser på tværs af sektorer og forvaltningsområder .....	48

<b>5. Økonomisk forløbsanalyse .....</b>	<b>52</b>
5.1 Opsummering af analysens resultater .....	53
5.2 Livsforløbsudgifter for målgruppen .....	54
5.3 Analysens antagelser og forudsætninger .....	56
5.3.1 Direkte offentlige udgifter forbundet med specificerede caseforløb .....	56
5.3.2 Afledte offentlige udgifter, der forventes at følge af specificerede caseforløb .....	57
5.4 Analysens resultater .....	59
<b>6. Anvendelse af og opfølgning på forløbsbeskrivelsen .....</b>	<b>62</b>
6.1 Implementering af forløbsbeskrivelsen .....	63
6.2 Opfølgning på forløbsbeskrivelsens anvendelse .....	63
<b>7. Referencer .....</b>	<b>64</b>
<b>8. Bilag .....</b>	<b>67</b>
Bilag 1: Om forløbsbeskrivelser .....	68
Bilag 2: Lovgivning.....	70
Bilag 3: Sundhedsstyrelsens spørgeguide om alkohol og TWEAK screeningsguide.....	72
Bilag 4: Familieambulatoriernes indsatser .....	75
Bilag 5: Beregninger bag de økonomiske forløbsanalyser .....	76
Bilag 6: Registeropgørelse - rusmiddelbrug blandt gravide kvinder .....	80

# ANBEFALINGER



Socialstyrelsen præsenterer i denne forløbsbeskrivelse en række faglige anbefalinger på specialiserede og koordinerede indsatser til udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug,<sup>1</sup> herefter betegnet som "gravide" eller "målgruppen".

Forløbsbeskrivelsen indeholder anbefalinger, der er målrettet en flerstrengt specialiseret og koordineret faglig indsats til målgruppen i både kommunalt og regionalt regi. Forløbsbeskrivelsens anbefalinger tager udgangspunkt i at understøtte et helhedsorienteret, sammenhængende og udviklingsstøttende forløb, der går på tværs af social- og sundhedsområdet. Forløbsbeskrivelsen bygger på aktuelt bedste viden og beskriver, hvilke indsatser målgruppen har behov for med fokus på det gode forløb for den gravide og det kommende barn.

Indsatser, der understøtter den gravides og evt. partners recovery,<sup>2</sup> omsorgs- og tilknytningsevne samt familiens trivsel, vil komme barnet og familien til gode i form af reduktion af risiko for fosterskader og livslange specialindsatser til barnet og familien.

Forløbsbeskrivelsens anbefalinger skal ses som en del af en helhedsorienteret indsats og er opsummeret nedenfor. De efterfølgende kapitler uddyber og supplerer anbefalingerne. Du kan læse mere om forløbsbeskrivelsens formål og udarbejdelse i *Bilag 1: Om forløbsbeskrivelser*.

## 1

### Fagpersoner med målgruppekontakt deltager i forebyggelse, tidlig opsporing og intervention

Fagpersoner med kontakt til målgruppen kan være praktiserende læger, børnelæger, jordemødre, sundhedsplejersker, medarbejdere i psykiatrien, sagsbehandlere i fx jobcentret og familieafdelingen, rusmiddelbehandlere, gadeplansmedarbejdere, pædagogiske medarbejdere,

psykologer, medarbejdere på væresteder, herberger og forsorgshjem og andre sociale tilbud, herunder også civilsamfundsorganisationer.

#### Socialstyrelsen anbefaler:

- at fagpersoner med kontakt til målgruppen:
  - kender til tidlige forebyggende indsatser til målgruppen, herunder lokale tværsektorielle samarbejder.
  - henviser til familieambulatorium og rusmiddelbehandling<sup>3</sup> samt laver en underretning til myndighed på familie- og evt. voksenområdet.
  - Kender til muligheder for psykiatrisk udredning eller behandling såfremt den gravide eller partner har psykiske vanskeligheder og samtidigt skadeligt rusmiddelforbrug.
- at læge, rusmiddelbehandlingstilbud, familieambulatorie og andre relevante aktører tilbyder adgang til seksuelle og reproduktive sundhedsydelser, herunder familieplanlægning og relevant prævention.

## 2

### Indsatser er målrettede og bliver iværksat hurtigt

Det er vigtigt at indsatser til målgruppen iværksættes hurtigt for at minimere risikoen for skader på fosteret, da varighed, hyppighed, timing og omfanget af den gravides forbrug af rusmidler under graviditeten har stor betydning for risikoen for udvikling af fosterskader.

#### Socialstyrelsen anbefaler:

- at den gravide hurtigst muligt får tilknyttet en koordinator, der kan sikre den tværgående koordinering af indsatser, så forløbet bliver effektivt og velkoordineret fra starten.
- at den gravide på baggrund af en helhedsorienteret udredning tilbydes indsatser, som i intensitet og indhold er målrettet hendes individuelle behov i overensstemmelse med vedkommendes situation, ressourcer og udfordringer.

<sup>1</sup> Læs nærmere om beskrivelsen af målgruppen i *kapitel 2*.

<sup>2</sup> Recovery betyder at komme sig og defineres her som et mindset, hvor psykiske vanskeligheder, som kan medføre eller medføres af et rusmiddelforbrug, ikke betragtes som kroniske, men som en tilstand, man kan komme sig helt eller delvist af.

<sup>3</sup> Begrebet "rusmiddelbehandling" dækker i denne sammenhæng over både alkohol- og stofmisbrugsbehandling.



- Vurderes det eksempelvis, at den gravide har behov for specialiseret døgnbehandling, bør det tilbydes med det samme. Som en del af den specialiserede døgnbehandling kan der indgås kontrakt om frivillig tilbageholdelse jf. § 1 i Lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling.

### 3 Indsatser er flerstrengede og helhedsorienterede

Gravide i denne målgruppe har komplekse støtte- og indsatsbehov og deres livssituation nødvendiggør at flere indsatsområder iværksættes samtidigt. I forbindelse med en velkoordineret helhedsorienteret indsats fordrer et samtykke til at samarbejde med relevante aktører. Det er vigtigt, at den gravide giver samtykke til både at indhente samt videregive oplysninger.

#### Socialstyrelsen anbefaler:

- at den gravide tilbydes respektfulde og inddragende forløb, hvor samarbejdet foregår i en åben dialog med respekt for den gravides ønsker, drømme og beslutninger.
- at den gravide tilbydes specialiserede indsatser med både familie- og rusmiddelbehandling i tæt samarbejde med den specialiserede svangreomsorg i familieambulatorierne og evt. psykiatrien. Indsatser bør løbende vurderes og justeres for at sikre, at de imødekommer og afspejler den gravides, eventuelle partners og det kommende barns aktuelle behov og situation.
- at den gravides partner bliver inddraget i de familieorienterede indsatser, der iværksættes og selv tilbydes rusmiddelbehandling, når det er relevant. Øvrig familie og netværk inddrages når de udgør en mulig støtte for den gravide, det kommende barn og eventuelle partner.
- at den gravide og evt. partner støttes i at deltage i sociale- og lokale netværk og i at få relevant hjælp fra civilsamfundet.

### 4 Indsatser omfatter støtte til familien efter fødslen

Tiden efter fødslen er sårbar, og familier med rusmiddeludfordringer kan have særligt stort behov for støtte og hjælp, der tilpasses den livssituation, de kommer hjem til.

#### Socialstyrelsen anbefaler:

- at kvinden, barnet og evt. partner tilbydes relevante indsatser efter fødslen i form af fortsatte eller nye indsatser. Fx sundheds- og socialfaglige indsatser til barnet hvis der er risiko for/eller konstateret, at barnet har skader efter morens rusmiddelforbrug under graviditeten<sup>4</sup>, samt fortsat og/eller forebyggende rusmiddelbehandling og sociale- og familieorienterede indsatser.
- at oplysninger, efter samtykke fra mor/forældre, deles af relevante aktører med henblik på at indsatser koordineres i overgange mellem faggrupper, sektorer og behandlings- og sociale indsatser efter fødslen.
- at forældre tilbydes opfølgende støtte, hvis barnet anbringes uden for hjemmet.

### 5 Organiseringen omfatter tværgående samarbejdsaftaler

En central forudsætning for at indsatserne bliver koordinerede og helhedsorienterede er, at der etableres gode rammer for det tværgående samarbejde.

#### Socialstyrelsen anbefaler:

- at der udarbejdes en tværgående samarbejdsaftale mellem myndighed på familieområdet, den kommunale rusmiddelbehandling og familieambulatoriet. Samarbejdsaftalerne bør indeholde aftaler om, hvilke aktører der har ansvar for hvilke delelementer af den samlede indsats til målgruppen. Samarbejdsaf-

<sup>4</sup> Læs mere om, hvilke indsatser der er behov for hvis barnet er prænalt eksponeret i: [Forløbsbeskrivelse. Børn og unge med komplekse funktionsnedsættelser som følge af prænatal eksponering for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin.](#)

talen bør være fælles regionalt og præcisere, hvem der indkalder til netværksmøder mellem de centrale aktører, og hvilke øvrige aktører der kan indkaldes i hvert enkelt tilfælde.

- at arbejdet med målgruppen så vidt muligt varetages af de samme medarbejdere i de relevante kommunale enheder fra sag til sag. Personkonsistens kan også være betryggende for den gravide i mødet med de mange aktører.

# 1. INDLEDNING



Denne forløbsbeskrivelse præsenterer udvalgt viden om virksomme og hensigtsmæssige elementer i den sociale- og sundhedsfaglige indsats til udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug.

### Behov for en tværgående specialiseret indsats

Udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug er en sammensat målgruppe med et komplekst støtte- og indsatsbehov. Målgruppens komplekse livssituation nødvendiggør en specialiseret indsats, der kan imødekomme de forskelligartede problematikker. Den specifikke kombination af relevante indsatser, der skal gives, går på tværs af social- og sundhedsområdet og bør tilrettelægges individuelt for og med den enkelte gravide i overensstemmelse med hendes situation, ressourcer og udfordringer. En rettidig, helhedsorienteret og velkoordineret indsats, som beskrevet i forløbsbeskrivelsen, giver de bedste mulige forudsætninger for den enkelte nye families trivsel og sundhed, herunder forebyggelse af rusmiddelrelaterede skader på det ufødte barn.

### Sektorielle samarbejdsflader

Forløbsbeskrivelsen tager udgangspunkt i specialiserede indsatser og tilbud, der har hjemmel i Lov om social service og Sundhedsloven. Forløbsbeskrivelsen inddrager de regionale familieambulatorier, der er en del af den specialiserede svangreomsorg, da samarbejdsfladen er relevant for, at forløbsbeskrivelsen kan udfolde det gode forløb med helhedsorienterede og koordinerede indsatser til målgruppen<sup>5</sup>. Kvindens behov for en kombination af sundheds- og socialfaglige indsatser stiller høje krav til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde og koordination. Det er afgørende for fosterets udvikling, mor-barn-tilknytningen, og barnets efterfølgende livsvilkår, at indsatserne bliver igangsat så tidligt som muligt i graviditeten. Det tværgående samarbejde og koordineringen heraf skal sikre, at der kan handles hurtigt, fleksibelt og afstemt efter den enkelte kvindes individuelle behov.

### Forebyggelsesperspektiver og tidlig intervention for det kommende barn

En specialiseret tværgående indsats til den gravide kan også ses som en forebyggende indsats for det kommende barn. Alle faglige tiltag og ydelser til gravide i målgruppen for denne forløbsbeskrivelse bør medtænke viden om de skadelige følgevirkninger, rusmiddeleksponering kan have for det kommende barn. Rusmiddelforbrug under graviditeten udgør en risikofaktor på kort og lang sigt for barnets videre sundhed, trivsel og udvikling. Børn, der har været eksponeret for rusmidler, udgør en højrisikogruppe af udsatte børn, der risikerer at blive overset, såfremt indsatserne til forældrene ikke medtænker et børneperspektiv. Viden om de vanskeligheder børnene kan få, som følgevirkningerne af prænatal rusmiddeleksponering, uddybes i en selvstændig forløbsbeskrivelse<sup>6</sup>.

### Centrale aktører i indsatserne til målgruppen

De centrale aktører, der leverer indsatserne til målgruppen, er regionale familieambulatorier, kommunale rusmiddelbehandlingstilbud, kommunale familieafdelinger og sundhedstjenester, samt psykiatrien. Aktørernes indsatser og roller bliver udfoldet løbende igennem forløbsbeskrivelsen i forhold til, hvor det er relevant til de beskrevne indsatser. Kapitlet "Organisering og samarbejde" giver et overblik over de mange aktører, der herudover kan være relevant at involvere.

### Arbejds- og referencegruppe

En arbejds- og referencegruppe har bidraget med vigtig erfaring, viden og kvalitetssikring af forløbsbeskrivelsen. Forløbsbeskrivelsen bygger herudover på viden, der er fremkommet gennem en systematisk litteratursøgning i relevante, nordiske- og internationale forskningsmateriale og databaser, som kan omsættes til dansk kontekst. Socialstyrelsen har i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner og faglige eksperter fra sundheds- og socialområdet udarbejdet denne forløbsbeskrivelse.

5 Målgruppen matcher niveau 4 i Sundhedsstyrelsens opdeling af gravide. Niveau 4, beskrevet som "Kvinder med særligt komplicerede problemstillinger som f.eks. rusmiddelproblemer, svære psykiske/psykiatriske lidelser og/eller alvorlig social belastning, hvor der med høj sandsynlighed vil blive vanskeligheder med tilknytningen mellem mor og barn og varetagelse af barnets tarv. Indebærer samarbejde med specialiserede institutioner som f.eks. familieambulatorium, familieinstitutioner og andre behandlingstilbud (13).

6 Forløbsbeskrivelse. Børn og unge med komplekse funktionsnedsættelser som følge af prænatal eksponering for rusmidler og afhængighedsskabende medicin.

## 1.1 Forløbsbeskrivelsens formål og indhold

Forløbsbeskrivelsen har til formål at understøtte helhedsorienterede og sammenhængende forløb, samt at styrke den faglige kvalitet i indsatsen til udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelbrug. Da målgruppen er relativt lille, møder fagligt personale i kommunerne forholdsvis sjældent disse kvinder. Der kan derfor være et begrænset vidensgrundlag i de enkelte kommuner til at opbygge og vedligeholde viden om de specialiserede indsatser til denne målgruppe.

Forløbsbeskrivelsen er en overordnet, faglig beskrivelse med et samlet sæt af anbefalinger, der kan understøtte et flerstrengt og koordineret indsatsforløb for målgruppen. Forløbsbeskrivelsen er primært målrettet kommunale ledere og beslutningstagere med ansvar for planlægning af indsatserne, men er også relevant for fagpersoner, som møder målgruppen i deres arbejde. I forløbsbeskrivelsen kan man søge viden om, hvordan det sikres, at målgruppen modtager koordinerede og rettidige indsatser, der imødekommer deres specifikke behov.

Forløbsbeskrivelsen er opbygget, som følger:

- *Kapitel 2* udfolder og konkretiserer målgruppens inklusionskriterier, størrelse og indsatsbehov.
- *Kapitel 3* beskriver relevante faglige indsatser og redskaber, som har vist sig virksomme og hensigtsmæssige til at mindske rusmiddelrelaterede problemer og følger for mor, barn og partner. Kapitlet er opdelt i fem afsnit, der først beskriver de gennemgåede principper for indsatserne, og er herefter opdelt i opsporing, udredning, indsatser og opfølgning.
- *Kapitel 4* beskriver hensigtsmæssige måder at organisere det tværfaglige/tværasektorielle samarbejde på, så den gravide sikres et sammenhængende forløb.
- *Kapitel 5* beskriver en økonomisk forløbsanalyse, der gennem registerdata og cases belyser, hvilke direkte og afledte offentlige udgifter, der potentielt kan forventes at være forbundet med forskellige typer af forløb for målgruppen.
- *Kapitel 6* beskriver bl.a. opfølgning på forløbsbeskrivelsen.

## 1.2 Begrebsafklaring

Socialstyrelsen anvender følgende begreber i forløbsbeskrivelsen, som forklares herunder:

- "Partner" – afhængigt af den gravides livssituation kan der være en kommende far til barnet, og/eller en anden partner til den gravide. Begge relationer er relevante at inddrage i behandlingsforløbet. I forløbsbeskrivelsen beskrives begge relationer under en samlet betegnelse som den gravides partner.
- "Rusmiddelforbrug" dækker i forløbsbeskrivelsen over forbrug af både alkohol og/eller stoffer.
- "Skadeligt" rusmiddelforbrug defineres som et forbrug, der medfører skader eller problemer, for vedkommende selv og/eller nærtstående personer, samt samfundet. Skaderne vedrører personens psykiske og fysiske tilstand, samt sociale funktion. Der skelnes ikke mellem skadeligt brug/misbrug og afhængighed. Denne definition følger de Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling og DSM-V (American Psychiatric Association) (1). Det skal understreges, at ethvert forbrug af rusmidler potentielt er skadeligt for fosteret. Socialstyrelsen har ønsket at snævre målgruppen ind, så den ikke omfatter alle gravide, der i løbet af deres graviditet bruger rusmidler en eller flere gange. Derfor er begrebet "skadeligt rusmiddelforbrug" medtaget i målgruppebeskrivelsen ud fra ovenstående definition.

## 2. MÅLGRUPPEN



Forløbsbeskrivelsen omhandler udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug, som medfører risiko for rusmiddelrelaterede problemer og skader hos fosteret og/eller den gravide selv (2; 3).

Problemer og skader kan variere i form og sværhedsgrad, bl.a. afhængigt af omfanget af rusmiddelforbrug, samt omfang og kombination af andre belastende omstændigheder i den gravides liv. Det forhold, at den gravide er udsat, betyder, at de udover at være gravide med et samtidigt rusmiddelforbrug, har komplekse sociale problemer.

De komplekse sociale problemer kan eksempelvis være ustabile boligforhold eller hjemløshed, manglede arbejdsmarkedstilknytning og/eller økonomiske vanskeligheder. Den gravide kan have skrøbelige sociale relationer eller være i konfliktfyldte relationer med risiko for vold og overgreb, ligesom der kan være prostitution og/eller aktuel kriminalitet, som en del af det komplekse sociale problemfelt. Ligeledes kan disse problematikker være gældende hos en evt. partner.

Sværhedsgraden og kombinationen af den gravides rusmiddelforbrug og sociale problematikker skal herudover forstås i sammenhæng med den gravides individuelle baggrund. Den gravide kan fx have traumer og ubearbejdet sorg, somatiske lidelser, senfølger af seksuelle overgreb i barn- eller ungdommen og/eller omsorgssvigt. Der kan være kognitive vanskeligheder/forstyrrelser, psykiske vanskeligheder, som kan være behandlingskrævende i psykiatrisk regi. Herudover kan den gravide have vanskeligt ved at varetage hverdagens almindelige, praktiske gøremål og egenomsorg, som kan medføre problemer med personlig hygiejne, søvn og kost (4). Alle de nævnte forhold har betydning for den enkelte gravides livssituation.

Kompleksiteten og problemernes sværhedsgrad varierer fra person til person. Det vil være forskelligt, hvorvidt og hvor meget den gravide har kontakt til de etablerede sociale- og sundhedssystemer.

## 2.1 Inklusionskriterier

Målgruppen for denne forløbsbeskrivelse er kendetegnet ved følgende inklusionskriterier:

- De er gravide og har et samtidigt, skadeligt forbrug af rusmidler.
- De har derudover en eller flere sociale problemstillinger.
- De har behov for en tværfaglig og helhedsorienteret indsats, som kombinerer rusmiddel- og familiebehandling samt social- og sundhedsfaglige indsatser.
- De har behov for ekstra støtte og indsatser for at fastholde og få udbytte af den ambulante rusmiddelbehandling og specialiserede svangreomsorg.
- De kan have behov for kombineret rusmiddel- og familiebehandling i døgnregi.

Målgruppen er udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug og samtidigt komplekse sociale problemer. Målgruppen har brug for en specialiseret, helhedsorienteret og flerstrengt indsats, der bidrager til at minimere risikoen for rusmiddelrelaterede fosterskader hos barnet og skader hos den gravide selv, og som understøtter, at forældrene kan bidrage positivt til barnets opvækst efter fødslen.

## 2.2 Indsatsbehov hos målgruppen

Målgruppens problematikker og behov er komplekse, og derfor bør behandling og indsatser have fokus på den gravides samlede problematikker og livssituation for at kunne lykkedes.

**For de fleste gravide i målgruppen kan der være behov for en forstærket ambulans indsats**, der tilpasses den enkeltes behov, og som kan bestå af enkelte eller flere af de følgende elementer:

- støtte til fremmøde og deltagelse i møder og eventuelle indsatser i familieambulatoriet og de kommunale forvaltninger.

- ambulant social rusmiddelbehandling og evt. lægelig rusmiddelbehandling med substitutionsmedicin.
- individuelle samtaler eller parsamtaler med fx rusmiddelbehandler og/eller psykolog.
- støtte til at skabe stabilitet og struktur i hverdagen.
- afklaring af forældrekompetence og behov for støtte i forælderrollen, herunder arbejde med tilknytning og mentalisering.
- evt. en psykiatrisk behandlingsindsats.

**For de mest udsatte gravide kan der være behov for en døgnbehandlingsindsats**, som kan rumme enkelte, eller flere af de følgende elementer, heraf kan omfatte den gravides partner og evt. andre børn:

- intensiv social og familieorienteret rusmiddelbehandling.
- lægelig rusmiddelbehandling med substitutionsmedicin.
- et skærmet miljø med ro og stabilitet.
- psykologsamtaler og evt. psykiatrisk behandlingsindsats.
- afklaring af forældreevne og forberedelse på, hvad forældreskabet indebærer, herunder arbejde med tilknytning og mentalisering.
- koordinering af indsatser med kvindens hjemkommune og familieambulatorium og evt. regionalt hospital.
- støtte til kvindens fremmøde og deltagelse i møder, i familieambulatorium og kommune.
- forberedelse af den gravide og evt. partner på en kommende anbringelse af barnet uden for hjemmet, hvis det er relevant.
- Frivillig tilbageholdelse efter § 1 i Lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling (se mere i *afsnit 3.4.4*).

Indsatsen bør altid baseres på en grundig udredning af kvindens samlede støtte- og behandlingsbehov og tilrettelægges med udgangspunkt i kvindens individuelle problematikker og livssituation (4).

## 2.3 Målgruppens størrelse

Det er vanskeligt at estimere antallet af kvinder med et forbrug af alkohol og/eller illegale stoffer under graviditeten, da der ikke sker en tilstrækkelig systematisk registrering af alkohol- og stofforbrug i forbindelse med almindelig svangreomsorg (5). Det må derfor formodes at være en målgruppe, hvor der vil være et væsentligt mørketal, fordi nogle gravide ikke er i kontakt med behandlingssystemet.

### Afgrænsning af målgruppen i registre

Socialstyrelsen har foretaget en registeropgørelse over de kvinder, der er registreret med et muligt rusmiddelbrug under graviditeten. Registertrækket sammenkobler forskellige registre og beror på en afgrænsning af de kvinder, som under graviditeten har været i aktiv rusmiddelbehandling (stof- og/eller alkoholbehandling), de kvinder, som under graviditeten er registreret med en diagnose- eller procedurekode relateret til rusmiddelbrug (stof- og/eller alkoholforbrug) samt de kvinder og børn, der ved efterfødselsforløbet er registreret for rusmiddelbrug eller prænatal rusmiddeleksponering.

Der er to væsentlige forbehold at gøre opmærksom på i forhold til registeropgørelsen. For det første vil ikke alle de registrerede kvinder være i målgruppen for denne forløbsbeskrivelse, da den gravides udsathed, omfang og intensitet af rusmiddelforbruget ikke kan udledes af opgørelsen. For det andet vil nogle gravide med et rusmiddelforbrug ikke blive opsporet og registreret.

Ifølge en tværministeriel afrapportering fra 2015 er vurderingen, at der årligt er 3.500 gravide, der har et forbrug af rusmidler (5). Det er sandsynligt at der er tale om et ukendt mørketal på området. Registeropgørelsen viser, at der i 2016 er registreret 1.133 gravide med et rusmiddelbrug og 1.149 gravide i 2017. Opgørelsesmetoden og generel dataforsinkelse betyder, at Socialstyrelsen kun har tilgængelige data for opgørelsesårene 2016 og 2017.



**Tabel 1:** Antallet af kvinder, der har været gravide mindst én dag i opgørelsesåret og som samtidig er registreret med et rusmiddelbrug (stof- og/eller alkohol)

	2016	2017
<b>Målgruppen, totalt</b>	1.133	1.149

**Anm.:** Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik. Opgørelsestidspunkt pr. 31. december. I opgørelsen medtages kun de personer, det er muligt at identificere ud fra de nationale registre (herunder Landspatientregistret, Befolkningsregistret, Stofmisbrugsdatabasen, Det Nationale Alkoholbehandlingsregister). Tabellen opgør antallet af kvinder, der har været gravide mindst én dag i opgørelsesåret og er registreret med et rusmiddelbrug (stof- og alkohol i samme år). Der kan være personer (gængere), som går igen på tværs af de to opgørelsesår, hvis denne person har været gravid og er registreret med et rusmiddelbrug mindst én dag i begge opgørelsesår. Personer, der er afgået ved døden eller flyttet fra Danmark forud for opgørelsestidspunktet, indgår derfor ikke i målgruppen. Der indgår ikke data fra MiniPas, som primært indeholder indberetninger fra privathospitaler, men enkelte mindre, offentlige sygehuse anvender også MiniPas. Personer, der kun har modtaget/registreret diagnosen i speciallægergi, indgår ikke i målgruppen. Misbrugsdatabaserne opgør ikke alle personer med et rusmiddelbrug men kun de, der modtager behandling (ekskl. personer, der er registreret i anonym alkohol- eller stofmisbrugsbehandling. Der er derfor forventeligt et mørketal på området for personer med et forbrug af stof- og/eller alkohol.

For mere information vedrørende opgørelsen og afgrænsning af målgruppen, henvises til *Bilag 6: Registeropgørelse – rusmiddelbrug blandt gravide kvinder*

## 2.4 Eksemplificering via cases

Følgende to cases er skrevet ind løbende gennem indsatsafsnittene. Det er intentionen, at de to cases skal være med til at eksemplificere to forløb med henholdsvis en gravid med behov for et forstærket ambulans forløb – Josefine, og en gravid med behov for døgnbehandling – Kamille. De to cases vil være gennemgående eksempler fra praksis i det kommende afsnit om faglige indsatser til målgruppen.

### Case-eksempel 1: Josefine – gravid med behov for en forstærket ambulans indsats

Josefine er 29 år og gravid for første gang. Josefines graviditet er ikke planlagt, og hun ønsker at gennemføre graviditeten. Josefine har et dagligt forbrug af cannabis og et weekendforbrug af kokain og store mængder alkohol. Hendes kæreste, Lasse, som er far til det kommende barn, har et dagligt forbrug af cannabis og kokain.

Både Josefine og Lasse er på kontanthjælp. Parret står uden egen bolig og bor på skift hos venner og familie.

### Case-eksempel 2: Kamille – gravid med behov for døgnbehandling

Kamille er 27 år og gravid for første gang. Hun har et blandingsmisbrug med alkohol, cannabis, kokain og perioder med rygeheroin. Kamille har de sidste tre år ikke haft nogen fast bolig, men sover på skift hos bekendte fra rusmiddel miljøet. Hun er i prostitution og har ikke en fast partner.

Kamille kommer periodevis i et drop-in tilbud til udsatte kvinder, hvor hun indimellem snakker med en opsøgende medarbejder fra det kommunale rusmiddelbehandlingstilbud om at få hjælp til at stabilisere sit rusmiddel forbrug. Hun har tidligere modtaget medicinsk og social rusmiddelbehandling i perioder.

Kamille har også talt med en sundhedsmedarbejder om prævention, men har dog ikke fået prævention anlagt, fordi hun ikke har troet, at hun kunne blive gravid, pga. meget uregelmæssig menstruation.

## 3. FAGLIGE INDSATSER



Indsatser til gravide med et rusmiddelforbrug iværksættes for at forebygge, afhjælpe eller begrænse følger af kvindens rusmiddelforbrug og sociale udsathed. Indsatserne skal give den kommende familie de bedst mulige vilkår, minimere risikoen for rusmiddelrelaterede fosterskader og sikre det kommende barn de bedst mulige opvækstvilkår. Det forudsætter fokus på og understøttelse af den gravides og evt. partners ressourcer, forældreskab, netværk og sociale situation foruden den nødvendige svangreomsorg og øvrige sundhedsfaglige indsatser.

### 3.1 Gennemgående principper

I indsatsen til udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug bør følgende principper være gennemgående:

- **Respektfulde og inddragende forløb.** En respektfuld relation mellem målgruppen og de fagpersoner, der er omkring dem, er en forudsætning for målgruppens recovery- og rehabiliteringsproces<sup>7</sup>, hvor den enkelte gravide skal støttes i at opnå de nødvendige forandringer i sit liv og forberede sig på at blive mor. Den gravide er ofte usikker på, hvad der kommer til at ske under hendes graviditet og efter fødslen. Særligt, om hun får mulighed for at få sit barn med hjem efter fødslen. For at minimere kvindens usikkerhed og fremme et respektfuldt forløb er det nødvendigt, at der er tillid og troværdighed i relationen mellem den gravide og fagpersonerne. Respektfulde og inddragende forløb kan bl.a. fremmes ved, at den gravide bliver grundigt informeret og inddraget, og ved, at samarbejdet foregår i en åben dialog med respekt for den gravides ønsker, drømme og beslutninger (6).
- **Helhedsorienterede forløb.** Målgruppen har ofte komplekse sociale problemer, som fx psykisk sårbarhed og sygdom, ustabile boligforhold eller hjemløshed, økonomiske udfordringer, problemer med parforhold, familie og socialt netværk m.m. Målgruppens komplekse livssituation betyder, at de gravide har behov for en specialiseret indsats, der imødekommer forskellige problematikker samtidigt, og som inddrager et børneperspektiv med henblik på at forebygge følgevirkninger for det kommende barn. Det er en forudsætning for et godt forløb, at den gravide modtager en helhedsorienteret indsats, hvor der er sammenhæng imellem de indsatser og forløb, der iværksættes på fx social-, beskæftigelses-, familie-, og sundhedsområdet og med inddragelse af de lokale muligheder i civilsamfundet (7).
- **Tværfagligt samarbejde og koordinering.** Indsatsen til udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug går på tværs af social- og sundhedsfaglige områder og på tværs af sektorer. Målgruppen har således behov for indsatser i det regionale familieambulatorium, samtidig med indsatser vedrørende rusmiddel- og familiebehandling samt social- og sundhedsfaglige indsatser, herunder en eventuelt behandlingsindsats i psykiatrien. Kvalitet i forløbet forudsætter, at forløbet koordineres, så den rette indsats tilbydes på det rette tidspunkt. Det kræver, at der etableres et godt tværfagligt og organisatorisk samarbejde, som ligeledes går på tværs af sektorgrænser. Det er en del af arbejdet med målgruppens komplekse, sociale- og sundhedsfaglige problemstillinger, at forskellige fagpersoner kan have forskellige perspektiver. Et velkoordineret forløb forudsætter et konstruktivt samarbejde med god og tydelig kommunikation. Det vil medvirke til, at forskellige perspektiver kan supplere hinanden og udgøre et flerstrengt sammenhængende forløb.
- **Viden.** En kvalificeret indsats er baseret på aktuelt bedste viden om udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug. Herunder virksomme metoder og faglige tilgange, der er relevante for indsatsen i forhold til den enkelte gravides situation. Det er derfor væsentligt, at fagpersoner, der er i kontakt med målgruppen, har viden om socialt udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug og de relevante indsatser (8).

<sup>7</sup> Recovery og rehabilitering bygger på, at behandlingen er helhedsorienteret og har koordinering på tværs af aktører og med borgerens samlede livssituation i centrum. I de nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling indebærer det en helhedsorienteret behandling med blik for "det hele menneske", hvor indsatsen tilrettelægges ud fra borgerens behov, mål og ønsker for fremtiden. Det indebærer at se på borgerens samlede livssituation. Ofte vil psykiske, fysiske og sociale problemer have en betydning for, at en person udvikler et rusmiddelforbrug (1).



**Figur 1:** Faseopdeling af de socialfaglige indsatser, der bør indgå som en del af en helhedsorienteret indsats til målgruppen

De faglige indsatser til målgruppen er blevet opdelt i følgende fire stadier: opsporing, udredning, indsatser og opfølgning. I hvert stadie beskrives en række kerneelementer, som forskning og praksiserfaring påpeger, er vigtige elementer i en helhedsorienteret indsats. Som en del af kerneelementerne indgår beskrivelser af relevante redskaber og/eller praksiseksempler, som kan understøtte eller give inspiration til arbejdet med målgruppen. Redskaber kan være en metode eller et konkret værktøj.

Lovgivningen, der er relevant for de beskrevne indsatser, bliver beskrevet løbende i gennem teksten (se efter § tegnet), men fremgår også i en samlet oversigt i – *Bilag 2: Lovgivning*.

I figur 1 øverst på siden visualiseres den valgte opdeling og strukturering af afsnittet om de socialfaglige indsatser. Indsatserne gives efter Lov om social service og er primært samlet omkring de kerneelementer, der indgår i den støtte, som det kommunale system skal varetage. De beskrevne kernelementer skal forstås som en del af et helhedsorienteret forløb til målgruppen, der samordnes og koordineres med øvrige relevante indsatser og

behandlinger i sundhedssektoren<sup>8</sup>, herunder også alkohol-, medicinsk- og psykiatrisk behandling.

Figuren giver et overblik over de udvalgte indsatser, der er beskrevet i det følgende kapitel. Indsatserne er opdelt i de fire stadier, hvorunder kerneelementerne fremgår i overskriftsform.

## 3.2 Opsporing

For målgruppen vil en indsats tidligt i graviditeten med fokus på rusmiddelophør og forberedelse til forældreskabet være med til at kunne mindske risikoen for, at barnet udvikler varige skader fra rusmiddeleksponeringen. Samtidigt kan det øge muligheden for, at familien kan få en bedre start. Det er derfor af afgørende betydning, at alle aktører, der er i kontakt med udsatte kvinder i den fertile alder, er opmærksomme på, om

<sup>8</sup> Familieambulatorierne supplerer den kommunale indsats ved at yde en tidlig, koordineret og helhedsorienteret indsats med særlig fokus på graviditeten og fosteret. Familieambulatorierne varetager svangreomsorgen og den sundhedsfaglige behandling under hele graviditeten og barselsperioden (5).

kvinderne har et rusmiddelforbrug. Heraf om de kan være gravide således, at relevante indsatser kan sættes i værk (9; 10).

Nogle kvinder i målgruppen har spinkel eller ingen kontakt til kommunen eller sundhedsvæsenet og er måske tilbageholdende og utrygge ved at henvende sig og tale om graviditet og forbrug af rusmidler. De kan fx være bekymrede for, hvad der sker med dem og deres barn, hvis de søger hjælp (11). Fagpersoner bør derfor være opmærksomme på muligt rusmiddelforbrug blandt udsatte gravide og spørge ind til det på en respektfuld måde, som gør dem trygge ved at tale om deres forbrug og tage imod hjælp.

Omvendt er det ikke alle udsatte gravide med et kendt rusmiddelforbrug, der ved, at de er gravide, eller har oplyst fx deres rusmiddelbehandler om, at de er gravide. Nogle udsatte kvinder med et forbrug af rusmidler kan fejlagtigt tro, at deres rusmiddelforbrug forhindrer dem i at blive gravide. Desuden kan graviditetssymptomer fejltolkes som abstinenser af både den gravide og af fagpersoner omkring hende. Det kan føre til sen opdagelse af graviditeten, et øget rusmiddelforbrug for at tage "abstinenserne" og manglende relevant behandling og støtte til den udsatte gravide kvinde og det kommende barn. Derfor bør fagpersoner, eksempelvis rusmiddelbehandlere og praktiserende læger, som er i kontakt med udsatte kvinder med et rusmiddelbrug i den fertile alder, være opmærksomme på, at et rusmiddelproblem kan skygge for erkendelsen af en eventuel graviditet. Relevante fagpersoner bør således sikre, at opsporingen af målgruppen foregår systematisk, og desuden, bidrage til, at udsatte kvinder med et rusmiddelbrug har viden om almene, kvindelaterede sundhedstemaer som menstruationscyklus, graviditetssymptomer og prævention (12).

Nedenstående kernelementer kan bidrage til en systematisk opsporing af målgruppen.

### 3.2.1 Relevante fagpersoner med kontakt til målgruppen deltager i systematisk opsporing

En del udsatte kvinder har kontakt til forskellige offentlige enheder og funktioner, som kan bidrage til opsporing. Når en gravid opsøger egen læge og jordemoder, skal der ved første graviditetsundersøgelse spørges ind til forbrug af rusmidler og informeres om konsekvenserne ved brug deraf (13).

Rusmiddelbehandlingstilbud spiller ligeledes en vigtig rolle i opsporing af graviditet hos kvinder, som er i behandling (1; 14). Rusmiddelbehandlerne har ofte regelmæssig kontakt til udsatte kvinder i behandling og dermed gode forudsætninger for at tale med dem om graviditet og være opmærksomme på fysiske og evt. psykiske tegn på graviditet. Når en kvinde indskrives i rusmiddelbehandling, skal behandlingstilbuddet spørge kvinden og indberette til stofmisbrugsdatabasen<sup>9</sup>, om kvinden er gravid. Behandlingstilbuddet bør løbende have en opmærksomhed på, om kvinden kan være gravid (1). Det er dog ikke altid, at kvinden ved, at hun er gravid, eller at hun kan blive gravid. En kvinde i den fertile alder bør derfor tilbydes muligheden for at få udført en graviditetstest i tilfælde af tvivl eller usikkerhed om opstået graviditet (11; 14).

Den systematiske opsporing bør ligeledes være et fokus for andre fagpersoner, der kommer i berøring med målgruppen – herunder psykiatrien, myndighedssagsbehandlere, sundhedsplejen, jobcentermedarbejdere, gadeplansmedarbejdere, pædagoger, skolelærere, medarbejdere i den kommunale ungeindsats osv. Så snart en fagperson bliver opmærksom på, at en kvinde i social udsathed er gravid og samtidigt har et forbrug af rusmidler, skal fagpersonen iagttage sin skærpede underretningspligt og hjælpe den gravide til at komme i kontakt med familieambulatoriet.

9 [Stofmisbrugsdatabasen på dst.dk](http://dst.dk)

### ! Redskaber

Som inspiration til udvikling af et kommunalt opsporingsredskab, kan følgende nævnes:

#### **Sundhedsstyrelsens spørgeguide om alkohol:**

Alle gravide bliver ved hjælp af en spørgeguide systematisk spurgt ind til deres alkoholforbrug ved første graviditetskonsultation. Hvis der opstår bekymring eller mistanke, om et problematisk alkoholforbrug, suppleres denne med en TWEAK-screeningsguide. TWEAK er et valideret screeningsredskab til afdækning af problematisk alkoholforbrug hos gravide (13). Guiderne findes i:

*Bilag 3: Sundhedsstyrelsens spørgeguide om alkohol og TWEAK screeningsguide.*

**Parent Alcohol Screening Questionnaire:** Et svensk kohortestudie har udviklet et screeningsredskab til screening af kvinders alkoholforbrug i graviditeten. Redskabet kan anvendes af fagprofessionelle til at afdække og have en samtale med gravide og deres partnere om alkoholforbrug i graviditetsperioden. Redskabet er testet med gode resultater (15).

### 3.2.2 Adgang til centrale fagpersoner og relevant kompetenceudvikling

Viden om målgruppen bør være tilgængelig for relevante medarbejdere i social- og sundhedssektoren, og i relevante civilsamfundsorganisationer på socialområdet. På grund af det høje kompleksitetsniveau, der kan være omkring indsatsen til målgruppen, er det vigtigt at de relevante faggrupper, der skal deltage i opsporingsindsatsen, har adgang til guidning og støtte hos nogle centrale fagpersoner, der har specialiseret viden om målgruppen.

For at sikre at den specialiserede viden er tilgængelig, er det vigtigt at der er fokus på at identificere og kompetenceudvikle centrale medarbejdere, der oparbejder en specialiseret viden, og som kan understøtte en tidlig opsporing.

Herudover bør relevante medarbejdere have adgang til redskaber, der kan bruges til at tale med målgruppen om emner som graviditet og prævention (16; 17). Det er vigtigt at nye medarbejdere bliver introduceret til relevante samarbejdspartnere og eventuelle samarbejdsaftaler.

### ! Redskaber

#### **Tidlig inn – et oplæringsprogram om tidlig opsporing og intervention**

Tidlig inn er et norsk kompetenceudviklingsprogram for ansatte i de norske kommuner, dvs. primært jordemødre, læger og helsesøstre, som er den norske pendant til sundhedsplejersker. Relevante kommunalt ansatte er sekundær målgruppe. Programmet har til formål at styrke de ansattes kompetencer i tidlig opsporing og intervention ved problematikker vedrørende psykisk helbred, alkoholforbrug og vold i nære relationer blandt gravide og småbørnsforældre. En evaluering af programmet viser, at der er gode resultater, hvad angår programdeltagernes egen opfattelse af, om de er blevet bedre til at opspore og samarbejde på tværs om målgruppen (16; 18).

[Læs mere om Tidlig Inn på tidliginnsats.forebygging.no](http://tidliginnsats.forebygging.no)

### 3.2.3 Opsøgende indsats hvor målgruppen færdes

En opsøgende indsats, hvor kvinden færdes, er et væsentligt element i opsporingsindsatsen. Ved at møde kvinderne i deres nærmiljø kan der skabes kontakt til dem, der ikke allerede får stabil hjælp. En opsøgende indsats kan også give bedre forudsætninger for at etablere en relation, hvor den enkelte kvinde finder trykthed i at fortælle om sin graviditet eller mistanke om graviditet (6; 19; 20).

De opsøgende medarbejdere bør sikre, at kvinden hurtigst muligt får etableret en kontakt til familieambulatoriet og øvrige relevante sociale indsatser, som fx

rusmiddelbehandling. Derudover skal medarbejderne sende en underretning til den kommunale familieafdeling i de tilfælde, hvor der kan være en bekymring for, at barnet umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte (Lov om social service § 153, stk. 1, nr.2). Hvis en kvinde er udeblevet fra eller har afbrudt et forløb i familieambulatoriet, kan opsøgende medarbejdere ligeledes bidrage til, at kvinden får genetableret en kontakt til familieambulatoriet.

En opsøgende indsats kan ske, ved at fagpersoner fra fx rusmiddelbehandlingstilbud, sundhedstilbud eller socialforvaltningen færdes regelmæssigt i de miljøer, hvor udsatte kvinder færdes. Det kan fx være i bestemte gademiljøer, på væresteder, forsorgshjem eller andre sociale tilbud. Det kan også være i bestemte boligområder, hvor der er lokalkendskab til, at udsatte grupper færdes.

De opsøgende medarbejdere kan med fordel samarbejde med relevante sociale tilbud og civilsamfundsorganisationer, der beskæftiger sig med mennesker med social udsathed, da de møder målgruppen i deres daglige arbejde og dermed kan bidrage til opsporing, etablering af kontakt og brobygning til hjælpesystemerne. Et godt samarbejde kan eksempelvis understøttes, ved at de opsøgende medarbejdere informerer relevante aktører om deres arbejde, er synlige i miljøet og tilgængelige for nem og hurtig kontakt (20).

### + Praksiseksempel

**Reden:** Reden - København har etableret et samarbejde med jordemødrene fra Region Hovedstadens Familieambulatorium. Hver onsdag stiller jordemødrene sig til rådighed for kvinderne i en forebyggende indsats, hvor det er muligt at spørge ind til kvindelaterede spørgsmål som graviditet og prævention.

[Læs mere om Reden-København på kfuksa.dk](http://kfuksa.dk)

### ! Redskaber

#### Model for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere:

”Model for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere” er udgivet af Socialstyrelsen og ikke specifikt rettet mod gravide, men beskriver en udgående og opsøgende indsats til de mest udsatte borgere, der evt. kan være relevant i tilrettelæggelsen af det opsøgende arbejde med målgruppen af udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelbrug. Udgivelsen er udarbejdet af Rambøll og består af tre dele, hvor første del giver et overblik over, hvad der er centralt for at benytte modellen i praksis med den nødvendige kvalitet. Anden del består af en handlingsanvisende manual, og afslutningsvis indeholder udgivelsen en implementeringsguide til arbejdet med modellen i praksis (20).

### 3.2.4 Underretninger som del af opsporing

Underretninger fra fagpersoner, der er i kontakt med målgruppen, er afgørende for, at den gravide og det kommende barn kan tilbydes den nødvendige indsats på et tidligt tidspunkt i forløbet. Underretninger kan tilgå den kommunale myndighedsafdeling fra fx familieambulatorium, behandlingstilbud, praktiserende læge, sundhedsplejerske, jobcenter, kvindens familie og netværk, uddannelsesinstitutioner samt civilsamfundsorganisationer. En underretning om et kommende barn kan udtrykke en generel bekymring for den gravide eller det kommende barn. En underretning fra en fagperson bør oplyse præcist om, hvilken faglig bekymring der er, for at det kommende barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de kommende forældres forhold (jf. Lov om social service § 153, stk. 1, nr. 2). En underretning bør indeholde så mange relevante oplysninger som muligt, hvilket blandt andet omfatter:

- Tydelig fremstilling af årsag til bekymring.
- Så vidt muligt oplysning om kvindens termin.
- Beskrivelse af eksponeringsgrad/type af rusmiddelbrug under graviditeten.

- Så vidt muligt oplysning om kvindens ønsker til hjælp.
- Oplysning om, hvorvidt kvinden er orienteret om underretningen.

Den gravide bør som hovedregel orienteres og hvis ønskes, udleveres kopi af underretningen.

En underretning går forud for tavshedspligten og kan indgives mundtligt eller skriftligt samt anonymt. Kommunen er forpligtet til, jf. Lov om social service § 155, stk. 2, at foretage en vurdering af alle indkomne underretninger og inden for 24 timer vurdere, hvad der skal ske videre i sagen. Fagpersoner er underlagt skærpet underretningspligt, jf. Lov om social service § 153.

### § Skærpet underretningspligt for fagpersoner

Lov om social service tilsiger, at personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, er forpligtede til at underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af deres arbejde får kendskab til eller grund til at antage, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold (Lov om social service § 153, stk. 1, nr.2).

Den skærpede underretningspligt er en skærpelse af den almindelige underretningspligt, idet der er pligt til at underrette alene på baggrund af en formodning om, at der kan være behov for støtte. Kommunalbestyrelsen skal senest 6 hverdage efter modtagelsen af en underretning bekræfte modtagelsen af underretningen over for den, der foretog underretningen (lov om social service § 155 b). Underrettende fagperson har ret til at få oplyst, om underretningen har givet anledning til handling over for dem, der underrettes om.

Såfremt man, som underretter, oplever, at kommunen ikke handler tilstrækkelig hurtigt eller alvorligt, bør man underrette Ankestyrelsen.

Find Lov om social service på [retsinformation.dk](http://retsinformation.dk)

### 3.2.5 Systematisk forebyggelse: prævention og tidlig indsats

Målgruppen bliver i højere grad end andre kvinder uplanlagt og uønsket gravide. En udbredt årsag til, at kvinder med social udsathed bliver gravide uden at have planlagt det, er at de tror, at deres livsomstændigheder gør, at de ikke kan blive gravide (11; 14). Rådgivning om prævention, abort og graviditet er derfor et vigtigt element i forebyggelse af uplanlagte og uønskede graviditeter.

Kvinder med social udsathed kan desuden have vanskeligt ved at finde en præventionsform, der passer dem, og derfor have brug for hjælp til at træffe valget af prævention og få den valgte præventionsform iværksat. I den henseende kan det nævnes, at anvendelsen af præventionsformer som kondom og p-piller forudsætter en stabilitet og konsekvensanvendelse, som kan være vanskelig for målgruppen. Derfor kan langtidsvirkende prævention, som fx p-stav eller spiral være mere hensigtsmæssige. Nogle kvinder kan have behov for hjælp til at afsøge mulighederne for at få økonomisk støtte fra fx kommune, familieambulatorium eller lokale tilbud.

Kvinder med social udsathed og et rusmiddelforbrug, der udtrykker ønske om at få et barn, bør henvises til praktiserende læge med henblik på en samtale om forebyggelse af fosterskader og planlægning af graviditet. Det kan også være relevant at henvise til fx rusmiddelbehandling og familieambulatoriet med henblik på prægravid samtale.

#### Familieambulatorium og praktiserende læge

De regionale familieambulatorier tilbyder en samtale til udsatte borgere, der ønsker at blive gravide. Den praktiserende læge kan ligeledes rådgive om familieplanlægning, prævention og risici for fosteret og henvise til rusmiddelbehandling.

#### Kommunal familieafdeling

Når en kvinde med rusmiddelforbrug giver udtryk for, at hun ønsker at blive gravid, kan der henvises til den kommunale familieafdeling, der kan tilbyde kvinden og hendes evt. partner en samtale om familieplanlægning. Kommunen er forpligtet til at tilrettelægge en tidlig forebyggende indsats, hvilket indebærer, at forældre eller andre, der sørger for et barn eller en ung, kan få



gratis familieorienteret rådgivning til løsning af vanskeligheder i familien. Kommunen skal være opsøgende i forhold til at tilbyde denne rådgivning til enhver, der måtte have behov for det, fx kommende forældre. Kommunen kan blandt andet tilbyde familierettede indsatser eller rådgivning om familieplanlægning og prævention.

### Rusmiddelbehandlingstilbud og kommunal myndighed på voksenområdet

Rusmiddelbehandlingstilbuddene er i kontakt med brugere af rusmidler og kan bidrage til, at uønskede graviditeter undgås ved at informere om graviditetsforebyggelse/prævention, den kvindelige cyklus og graviditetssymptomer, gerne udført af læge, sygeplejerske eller jordemoder. Behandlingstilbuddene har mulighed for evt. i samarbejde med myndighedsafdeling at stille gratis prævention til rådighed for de personer, der ønsker dette (1).

## + Praksiseksempler

**FAMKO:** FAMKO er et tværsektorielt samarbejde mellem Familieambulatoriet på Odense Universitetshospital og Odense Kommune om gravide og småbørnsfamilier, der af den ene eller anden årsag har brug for ekstra støtte gennem graviditeten og barnets første leveår.

Målgruppen er niveau 3 og 4 gravide, der har et jordemoderforløb i Familieambulatoriet på OUH, og familien tilbydes en tidlig, forebyggende indsats i form af en sundhedsplejerske eller en familiebehandler, der følger familien, indtil barnet starter i skole, samt enten et individuelt eller gruppebaseret tilknytningsforløb. I FAMKO arbejdes der desuden systematisk med at styrke samarbejdet mellem de fagpersoner, der er omkring målgruppen (jordemoder, socialrådgiver, psykolog, sundhedsplejerske, familiebehandler, misbrugsbehandler, jobrådgiver).

En del af samarbejdet indebærer et fælles fokus på prævention. Samarbejdet har betydet, at der gennem de seneste år kun ses meget få gravide med erkendt forbrug ift. tidligere. I praksis indebærer det, at alle faggrupper har ansvar for at tale prævention med alle kvinder i den fødedygtige alder (både før, under og efter graviditet), men fx også med mænd, der er i rusmiddelbehandling.

Det tætte samarbejde mellem Odense Kommune og Familieambulatoriet på OUH har senest medført en etablering af en Klinik for Seksuel Sundhed, hvor unge under 30 år bl.a. kan få etableret gratis prævention. Hvis der er tale om en kvinde over 30 år, så kan kommunale fagpersoner tage direkte kontakt til den ledende overlæge i Familieambulatoriet mhp. at lave aftale om etablering af gratis prævention.

[Læs mere om FAMKO på odense.dk](http://odense.dk)

### Metodehåndbog, Familieplanlægning i alkohol- og stofbehandling:

Familieambulatoriet i Region Midtjylland udarbejdede i 2019 en metodehåndbog, der beskriver et projekt med en familieplanlægningsindsats for kvinder i den fertile alder som led i deres behandling i kommunernes alkohol- og stofbehandling. Formålet med metodehåndbogen er at forebygge uønsket graviditet, og at børn fødes med rusmiddelskader. Derudover skal relevant hjælp og støtte tilbydes kvinder, der er eller ønsker at blive gravide, og som samtidig har en rusmiddelproblematik, så de kan gennemføre en sund og tryk graviditet.

## Casebeskrivelser - opsporing

### Case-eksempel 1: Josefine – gravid med behov for forstærket ambulans indsats

Josefine og Lasse møder hos deres praktiserende læge i uge 11 og får konstateret graviditeten.

Parret spørges ved udarbejdelse af vandrejournalen ind til rusmiddelbrug i graviditeten, og Josefine oplyser, at hun frem til erkendt graviditet har haft et betydeligt forbrug. Josefine oplyser, at hun ikke har haft svært ved at ophøre med sit rusmiddelbrug, efter hun opdagede sin graviditet, og at hun føler sig sikker på, at hun kan fastholde sit ophør.

Josefine er ikke indskrevet i kommunal rusmiddelbehandling, og hun anbefales rusmiddelbehandling i det kommunale behandlingstilbud med henblik på tilbagefaldsforebyggelse.

Lasse er arbejdsledig og har også et dagligt forbrug af cannabis og kokain. Han er tøvende over for at skulle i rusmiddelbehandling, fordi han mener, at hans forbrug ikke skader barnet. Efter en drøftelse og nærmere overvejelse vælger Lasse dog at tage imod social stofmisbrugsbehandling i det kommunale behandlingstilbud.

Parret bliver af egen læge henvist til regionens familieambulatorium med henblik på at blive fulgt der i det videre graviditetsforløb.

### Case-eksempel 2: Kamille – gravid med behov for døgnbehandling

Kamille har jævnligt kontakt med en medarbejder fra et kommunalt team af rusmiddelbehandlere, som færdes og laver opsøgende arbejde i Kamilles nærmiljø. Kamille oplyser under en samtale med medarbejderen, at hun ikke har haft menstruation meget længe, og at hun muligvis er gravid. Hun er bekymret for, hvad hendes rusmiddelindtag kan betyde for en eventuel graviditet.

Medarbejderen følger Kamille til behandlingstilbuddet, hvor hun får udleveret en graviditetstest, som tages med det samme og viser, at Kamille er gravid.

Den udgående behandler tager kontakt til det regionale familieambulatorium, og det aftales, at Kamille møder op på familieambulatoriet sammen med sin rusmiddelbehandler nogle dage efter.

## 3.3 Udredning

Indsatser til målgruppen bør tage udgangspunkt i en grundig og systematisk udredning, da der ofte er flere sociale, psykiske og somatiske problemstillinger ud over rusmiddelbruget. Udredningen bør iværksættes, så snart det er konstateret, at en socialt udsat kvinde med et skadeligt forbrug af rusmidler er gravid.

Udredningen skal være helhedsorienteret og dermed imødekomme kvindens samlede problematikker og

belyse og afklare vedkommendes ressourcer og hjælpebehov. Voksenudredningsmetoden (VUM) kan med fordel benyttes hertil. I udredningen tages der højde for kvindes samlede problematikker og livssituation. Den helhedsorienterede udredning skal bidrage til at sikre kvinden en koordineret og flerstrengt indsats i samarbejde med alle relevante aktører. Gennemførelse af udredning bør altid foregå i et tæt samarbejde med kvinden, som skal informeres om, hvad udredningen skal bruges til, og hvordan der følges op. Kvinden bør desuden informeres om resultaterne (1).

## ! Redskaber

**VUM 2.0 – Voksenudredningsmetoden:** VUM er en metode til sagsbehandling på myndighedsområdet for voksne, der har fokus på at understøtte en systematisk og helhedsorienteret udredning af borgerens behov. Metoden understøtter dokumentations- og samarbejdspraksis mellem, udfører, og myndighed, hvorved der skabes et solidt grundlag for en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

[Læs mere om VUM på Socialstyrelsen.dk.](https://www.socialstyrelsen.dk)

### 3.3.1 Helhedsorienteret afdækning

Indsatser til målgruppen og deres kommende børn baseres på en afdækning af den gravides individuelle behov, ressourcer og problematikker. De aktører, der er involveret i indsatsen, for den enkelte gravide og hendes kommende barn, bør samarbejde om en samlet helhedsorienteret afdækning. Afdækningen bør sikre, at de forskellige aktørers perspektiver på indsatsbehovet, til den gravide og det kommende barn, bringes i spil og koordineres. Der indhentes samtykke fra den gravide til videregivelse af information om hende til relevante aktører. Dog skal der ikke indhentes samtykke til at indgive en underretning til den kommunale familieafdeling.

#### Familieambulatoriets udredning

Familieambulatoriet<sup>10</sup> skal hurtigst muligt efter henvisning etablere en kontakt til den gravide, så hun kan få rådgivning om sin graviditet. Familieambulatoriet optager en anamnese (udredning) med udgangspunkt i kvindens graviditet og sociale situation. Familieambulatoriet vurderer kvindens ressourcer, problemer og risikofaktorer i forhold til graviditets- og fødselsforløb og det ventede barn. Herunder vurderes den gravides psykologiske ressourcer og udfordringer med hensyn til relationer, tilknytning, mentalisering og mentalt helbred. Det samme kan gælde en evt. partner, hvor anamnesen,

med samtykke, kan indeholde oplysninger om barnefarens forhold (10).

Familieambulatoriet bør med samtykke fra den gravide etablere en kontakt til det kommunale rusmiddelbehandlingstilbud, såfremt den gravide er indskrevet der med henblik på at hente relevante oplysninger og indgå i et samarbejde om helhedsorienteret afdækning og indsats. Hvis den gravide ikke er indskrevet i det kommunale rusmiddelbehandlingstilbud, bør de henvise dertil ved behov. Ligeledes bør familieambulatoriet etablere et samarbejde med den regionale psykiatri eller socialpsykiatrien, hvis den gravide har et forløb dér, eller henvise ved behov. Familieambulatoriet har pligt at underrette kommunen, når der er bekymring for det kommende barn.

#### Den kommunale familieafdelings børnefaglige undersøgelse

Når familieafdelingen i kommunen modtager en underretning, har kommunen 24 timer til at screene og vurdere, om barnets sundhed eller trivsel er i fare, herunder om der er behov for at iværksætte akutte foranstaltninger, jf. Lov om social service, § 155, stk. 1 og stk. 2. Hvis det må antages, at der kan opstå behov for særlig støtte til et barn umiddelbart efter fødslen, skal kommunen undersøge de vordende forældres forhold nærmere i en børnefaglig undersøgelse, jf. Lov om social service, § 50, stk. 9. Underretninger vedrørende målgruppen bør så vidt muligt behandles af medarbejdere, der har viden om målgruppen og har opbygget et netværk med relevante fagpersoner, så relevante indsatser kan igangsættes hurtigt.

<sup>10</sup> Se mere om familieambulatoriernes indsatser i *Bilag 4: Familieambulatoriernes indsatser*

## § Børnefaglig undersøgelse

Lov om social service, § 50, stk. 9

Hvis det må antages, at der kan opstå et behov for særlig støtte til et barn umiddelbart efter fødslen, skal kommunen undersøge de vordende forældres forhold nærmere. Undersøgelsen gennemføres så vidt muligt i samarbejde med de vordende forældre. Stk. 4-8 finder anvendelse ved afgørelsen

Lov om social service, §155, stk. 1 og 2.

Kommunalbestyrelsen skal sikre, at der iværksættes en rettidig og systematisk vurdering af alle underretninger efter §§ 152-154 med henblik på at afklare, om barnet eller den unge har behov for særlig støtte. Kommunalbestyrelsen skal foretage central registrering af underretningerne med henblik på at understøtte tilrettelæggelsen af indsatsen.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen skal senest 24 timer efter modtagelsen af en underretning efter stk. 1 vurdere, om barnets eller den unges sundhed eller udvikling er i fare, og om der derfor er behov for at iværksætte akutte foranstaltninger over for barnet eller den unge.

Find Lov om social service på [retsinformation.dk](http://retsinformation.dk)

Den børnefaglige undersøgelse gennemføres så vidt muligt i samarbejde med de kommende forældre og omhandler deres sociale problematikker og støttebehov mht. fx rusmiddelforbrug, boligproblematikker, psykiske vanskeligheder, forsørgelsesgrundlag og behov for social støtte under og efter graviditet, samt støttebehov til etablering af den ny familie<sup>11</sup> (21). Formålet med at foretage undersøgelsen inden barnet fødes, er at afdække ressourcer og problemer i familien så tidligt som muligt. Det vil være med til at understøtte, at den rigtige og tilstrækkelige foranstaltning kan vælges til fra start og så vidt muligt, iværksættes, allerede inden barnet er født for at undgå neurologiske skader på fosteret. Det er helt afgørende for samarbejdet mellem de kommende forældre og kommunen, at de kommende forældre oplever at blive inddraget, og lyttet til, og at de får mulighed for at beskrive, hvordan de oplever situationen, og hvad de evt. oplever, kan afhjælpe vanskelighederne (22).

Hvis det vurderes relevant, kan kommunen i forbindelse med udarbejdelsen af den børnefaglige undersøgelse få foretaget en psykologisk undersøgelse af de kommende forældremyndighedsindehavere i form af en forældrekompetenceundersøgelse. En sådan undersøgelse skal foretages af autoriserede psykologer, jf. Lov om social service, § 50, stk. 5. Kommunen bør i den forbindelse indhente oplysninger fra relevante aktører som familieambulatoriet, rusmiddelbehandlingstilbuddet, egen læge og sundhedsplejersken, hvis den gravide allerede har været på graviditetsbesøg. Familieambulatoriets vurdering af, hvorvidt den enkelte gravide (og evt. partner) har behov for familie- og rusmiddelbehandling i døgnregi, skal indgå i både den børnefaglige undersøgelse og undersøgelsen af forældrekompetencer. Den børnefaglige undersøgelse skal resultere i en begrundet stillingtagen til, om der er grundlag for at iværksætte foranstaltninger, og i bekræftende fald hvilke.

11 Støttebehov til etablering af den ny familie kan udredes ved hjælp af en forældrekompetenceundersøgelse. Forældrekompetenceundersøgelser kaldes også forældreevneundersøgelse eller forældreomsorgsundersøgelse. Undersøgelsen kan ikke foretages uden kvindens samtykke.

## § Forældrekompetenceundersøgelse

Kommunen vurderer, om der er behov for at iværksætte en psykologisk undersøgelse af forældremyndighedsindehaveren som led i den børnefaglige undersøgelse.

Lov om social service, § 50, stk. 5.

Kommunalbestyrelsen skal som led i undersøgelsen inddrage de fagfolk, som allerede har viden om barnets eller den unges og familiens forhold. Dette kan ske ved at inddrage sundhedsplejersker, pædagoger, psykologer, lærere eller andre. Hvis det er nødvendigt, skal kommunen lade barnet eller den unge undersøge af en læge eller en autoriseret psykolog. Iværksætter kommunen en psykologisk undersøgelse af forældremyndighedsindehaveren, skal undersøgelsen foretages af en autoriseret psykolog

[Find Lov om social service på retsinformation.dk](http://retsinformation.dk)

### Anbringelse af barnet

Der kan i nogle situationer være så stor bekymring for det kommende barn og de kommende forældres muligheder for og kompetencer til at imødekomme barnets behov, at kommunen, allerede inden påbegyndelse eller undervejs i den børnefaglige undersøgelse bliver opmærksom på, at det kan blive nødvendigt at anbringe barnet. Kommunen skal i den børnefaglige undersøgelse afdække og tage stilling til, om der er grundlag for at anbringe barnet uden for hjemmet. Se mere i *afsnit 3.4.5*.

Såfremt kommunen vurderer, at der ikke er grundlag for at udarbejde en børnefaglig undersøgelse, skal kommunen vurdere, om der eventuelt skal tilbydes rådgivning eller anden hjælp efter § 11 i Lov om social service som led i en forebyggende indsats. Dette uddybes i *afsnit 3.4.1*.

## ! Redskaber

### Socialstyrelsens retningslinjer for forældrekompetenceundersøgelser:

Socialstyrelsens retningslinjer for forældrekompetenceundersøgelser er et fagligt redskab, der beskriver lovmæssige krav og faglige anbefalinger vedr. udarbejdelse og anvendelse af forældrekompetenceundersøgelser. Retningslinjerne beskriver ligeledes, hvordan man kan understøtte et samarbejde mellem kommuner og psykologer og inddragelse af målgruppen og de pårørende, der deltager i undersøgelsen.

[Læs mere om retningslinjer for forældrekompetenceundersøgelser på Socialstyrelsen.dk](http://socialstyrelsen.dk)

**Integrated Children's system (ICS):** Metode og redskab til helhedsorienteret socialfaglig udredning. Metoden indeholder en række udsagn og fokusområder, som kan være relevant for sagsbehandleren at være opmærksom på, bl.a. i arbejdet med de børnefaglige undersøgelser. Udsagnene er opdelt efter barnets alder med opstart i graviditeten og fokuserer på beskyttelses- og risikofaktorer. Redskabet er relevant for sagsbehandlere (og evt. andre fagpersoner) vedr. udsatte børn.

[Læs mere om ICS på Socialstyrelsen.dk](http://socialstyrelsen.dk)

### Afdækning i rusmiddelbehandlingstilbuddet

Det kommunale rusmiddelbehandlingstilbud eller myndighedsafdelingen på voksenområdet skal foretage en helhedsorienteret afdækning, der omfatter den gravides forbrug af rusmidler og desuden øvrige, sociale- og sundhedsmæssige problematikker for at sikre, at den gravide bliver tilbudt den rette behandling (1). Hvis den gravide er indskrevet i familieambulatoriet, bør rusmiddelbehandlingstilbuddet tage kontakt til familieambulatoriet for at indhente relevante oplysninger med den gravides samtykke. Er den gravide ikke indskrevet på familieambulatoriet, bør tilbuddet hjælpe til, at hun bliver det.

Afdækningen bør belyse den gravides aktuelle situation og ressourcer og desuden hendes personlige drømme, ønsker og håb (1; 17) for at kunne tilbyde den bedst mulige indsats i overensstemmelse med principperne for recovery-orienteret rehabilitering.

Kommunen er, jf. Lov om social service, § 101, stk. 4, forpligtet til at iværksætte behandling for rusmiddelforbrug på baggrund af den helhedsorienterede afdækning senest 14 dage efter kvindens anmodning om behandling.

### § Rusmiddelbehandling

Læs mere om kommunens forpligtelse til at tilbyde social behandling til personer med et stofmisbrug i Lov om social service § 101.

[Find Lov om social service på retsinformation.dk](#)

Herudover er kommunen forpligtet til at tilbyde behandling til alkoholmisbrugere i henhold til Sundhedsloven § 141 og Lægesamtaler og lægelig stofmisbrugsbehandling i henhold til § 142

[Find Sundhedsloven på retsinformation.dk](#)

### ! Redskaber

MapPlan og ASI (European Addiction Severity Index): MapPlan og ASI er redskaber, som behandlingstilbud kan anvende til at afdække borgernes problemer, ressourcer og behov på centrale livsområder herunder problemer med rusmidler.

[Læs mere om MapPlan og ASI på psy.au.dk](#)

## Casebeskrivelser - udredning

### Case-eksempel 1: Josefine - gravid med behov for forstærket ambulans indsats

Parret møder til første samtale med læge og jordemoder i regionens familieambulatorium, da hun er i uge 16. Her viser Josefines urinprøve en lav koncentration af cannabis. Ved første besøg i familieambulatoriet etableres efter aftale med Josefine kontakt til det kommunale behandlingstilbud, hvor Josefine får en tid hos en rusmiddelbehandler samme uge. Det aftales, at Lasse møder op i behandlingstilbuddet sammen med Josefine med henblik på opstart af ambulans rusmiddelbehandling.

Parret informeres om, at familieambulatoriet på grund af parrets samlede situation vil sende en underretning til deres hjemkommune med henblik på videre forvaltningsmæssig og social indsats.

Da Josefine og Lasse møder op i behandlingstilbuddet, udarbejder rusmiddelbehandleren en helhedsorienteret afdækning af Josefines ressourcer, problemer og rusmiddelbehandlingsbehov ved hjælp af det validerede redskab VoksenMap. På baggrund af afdækningen udføres en behandlingsplan, der tager udgangspunkt i Josefines aktuelle situation og behov. Rusmiddelbehandleren aftaler med Josefine, at den videre behandling vil foregå i samarbejde med familieambulatoriet og relevante myndighedsafdelinger.

### Case-eksempel 2: Kamille – gravid med behov for døgnbehandling

Kamille er ca. 20 uger henne, da graviditeten konstateres, og Kamille giver udtryk for, at hun ønsker at gennemføre sin graviditet.

På det første møde i familieambulatoriet iværksættes en helhedsorienteret udredning, der skal klarlægge det samlede indsatsbehov hos Kamille og det kommende barn. Der indhentes samtykke fra Kamille til videregivelse af information mellem de relevante aktører, der skal bidrage til afdækningen.

Familieambulatoriet optager en anamnese (udredning) med udgangspunkt i Kamilles graviditet og sociale situation. Det kommunale rusmiddelbehandlingstilbud foretager en afdækning, der omfatter Kamilles forbrug af alkohol og stoffer og desuden øvrige, sociale og sundhedsmæssige problematikker. Afdækningen belyser også, hvilke drømme og håb Kamille har for sit liv og sin kommende familie.

Det aftales med Kamille, at der vil blive sendt en underretning til Kamilles hjemkommune, jf. Lov om social service, § 153, med henblik på yderligere afklaring af støttebehov og evt. tilbud om døgnbehandling.

## 3.4 Indsatser

Indsatser til målgruppen iværksættes med henblik på at afhjælpe og begrænse skader af den gravides rusmiddelbrug og sociale udsathed, både for den gravide selv og for fosteret, samtidigt med, at indsatserne har fokus på afklare og styrke forældrenes ressourcer og kompetencer.

### Indhente samtykke fra den gravide for at sikre koordination

De regionale familieambulatorier, de kommunale familieafdelinger og rusmiddelbehandlingstilbud iværksætter typisk de centrale indsatser for målgruppen. Af hensyn til behovet for at indsatserne koordineres, skal der

indhentes samtykke fra den gravide til, at familieambulatorier, kommunale afdelinger og evt. andre aktører, der er i kontakt med den enkelte gravide, kan dele relevante oplysninger med hinanden.

### Kerneelementer i indsatsen

Nedenfor beskrives kerneelementer, der bør indgå i de indsatser, den gravide tilbydes. Desuden beskrives praksis eksempler og redskaber, som kan indgå i et forløb. Det er individuelt, hvilke indsatser der vil være relevante for den enkelte gravide. Sammensætningen af indsatserne skal være afpasset den enkelte gravides behov, ressourcer og udfordringer, som det fremgår af udredningen. Uanset hvilke indsatser der iværksættes, skal de være koordinerede og tage udgangspunkt i en samlet plan for den gravide.

### ! VISO – Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation

Kommuner, borgere samt kommunale, regionale og private tilbud kan hente rådgivning hos Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO), som er en del af Socialstyrelsen og har opgaver fastlagt i Lov om social service. VISO kan fx rådgive om, hvordan kommunen kan tilrettelægge en faglig indsats, eller hvad et fagligt tilbud kan indeholde, til udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug. VISO's rådgivning er vejledende og kan bidrage til at styrke beslutningsgrundlaget hos kommunen, der har myndigheden til at træffe afgørelser om, hvad der kan sættes i værk i den enkelte sag.

Find mere information om VISO på [socialstyrelsen.dk](https://www.socialstyrelsen.dk)

### 3.4.1 Social støtte under graviditeten

Rusmiddelbehandling, den gravide/parrets sociale forhold, forælderrollen og tilknytningen mellem mor og barn er afgørende for familiedannelsen og bør derfor understøttes tidligst muligt med udgangspunkt i den helhedsorienterede afdækning og handleplan.

Den gradvise tilknytning til barnet starter under graviditeten og udvikles gennem praktiske forberedelser og tanker, forestillinger og bekymringer om barnet og fødslen. Dette fører normalt til, at den gravide ved fødslen er psykisk parat til at tage imod sit barn og indstillet på at yde en relevant kontakt og omsorg (10). Denne prænatale tilknytning har betydning for både den gravides muligheder for at danne sig forestillinger om det kommende barn og forældreskab, samt betydning for, hvorledes en videre tilknytning og mentalisering vil forløbe, efter barnet er født (23). Tilknytning og mentalisering kan også have stor betydning for den gravides motivation til at stoppe med at bruge rusmidler.

Den sociale støtte tager udgangspunkt i den gravides udfordringer og ressourcer og iværksættes og koordineres af kommunen efter bestemmelserne i Lov om social service, § 52. Støtten kan fx bestå i:

- Råd og vejledning vedrørende hjælpemuligheder under graviditet og fødsel, så den enkelte har det bedst mulige grundlag, for at vælge at fortsætte eller afslutte sin graviditet.
- Familiebehandling herunder understøttelse af forældrerollen og tilknytning mellem forældre og barn.
- Praktisk og økonomisk støtte til:
  - forberedelse til barnets ankomst fx indkøb af babyudstyr og babysikring af hjemmet.
  - afklaring af bolig- og økonomispørgsmål.
  - at overholde aftaler med fx familieambulatoriet, herunder evt. hjælp til transport.
  - støtte til at deltage i og få udbytte af de ambulante tilbud i henholdsvis familieambulatoriet og rusmiddelbehandling.
  - afklaring af muligheder for støtte fra civilsamfundet.
- Pædagogisk støtte til:
  - etablering af stabilitet og struktur i hverdagen.
  - støtte til at danne nye netværk.
- Tiltag til understøttelse af rusmiddelbehandling (14).
- Anbringelse i plejefamilie eller mor/barn-hjem som led i forberedelse på/observation af forældrerollen, jf. Lov om social service, § 55<sup>12</sup>. Dette ophold kan

påbegyndes i graviditeten og vare indtil efter, barnet er født.

### Pædagogisk støtte

Den pædagogiske støtte bør ydes af en fagperson, fx en mentor, som den gravide har tillid til, og som er tilgængelig og let at få kontakt med. Tillidsrelationen mellem den gravide og medarbejderen er afgørende for en succesfuld indsats (7). Medarbejderen, der yder pædagogisk støtte, bør have viden om og erfaring med at arbejde med målgruppen. Pædagogisk støtte til etablering af stabilitet og struktur i hverdagen kan blandt andet indebære samtaler med den gravide om hendes situation, eksempelvis hendes rolle som kommende mor, hendes egen barndom, parforhold, generelle bekymringer og hendes drømme, ønsker og håb. Afholdelse af samtalerne i kvindens hjem kan bidrage til oplevelsen af trykthed og medinddragelse, og den evidensbaserede metode Motivational Interviewing<sup>13</sup> kan benyttes til at understøtte kvindens forandringsproces (24; 14).

Der kan med fordel sættes fokus på den gravides øvrige netværk, der kan udgøre en vigtig støtte. Der kan dog være tilfælde, hvor den gravides netværk kan risikere at have negativ indvirkning på et rusmiddelophør eller reduktion (14). I sådanne tilfælde bør den gravide hjælpes til at opøge nye sociale fællesskaber eller genoptage tidligere kontakter, der kan støtte hende under og efter graviditeten.

### Forebyggende indsats efter § 11

Hvis kommunen vurderer, at der ikke er grundlag for at iværksætte foranstaltninger på baggrund af den børnefaglige undersøgelse, skal kommunen vurdere, om der skal tilbydes anden hjælp efter § 11 i Lov om social service som led i en forebyggende indsats. Dette kan fx være familieorienteret rådgivning, konsulentbistand, herunder familierettede indsatser, netværks- eller samtalegrupper, rådgivning om familieplanlægning og andre indsatser, der har til formål at forebygge et barns eller en families vanskeligheder. Derudover giver § 11 mulighed for at yde økonomisk hjælp til fx prævention (14; 25; 26).

12 Anbringelse uddybes i afsnit 3.4.5

13 Læs mere om Motivational Interviewing under redskaber



## § Forebyggende indsats

§ 11 Kommunalbestyrelsen skal tilrettelægge en indsats, der sikrer sammenhæng mellem kommunens generelle og forebyggende arbejde og den målrettede indsats over for børn og unge med behov for særlig støtte.

[Find Lov om social service på retsinformation.dk](https://retsinformation.dk)

## + Praksiseksempel

**Satspuljeprojekt for udsatte gravide:** I satspuljeprojektet Familie- og gravidenheden i Odense var enheden organisatorisk placeret i stofmisbrugsbehandlingen. Her blev udsatte gravide kvinder tilbudt tæt social støtte og hyppige hjemmebesøg med individuelle samtaler – og parsamtaler i de tilfælde, hvor det var relevant. Under graviditeten og de første to måneder efter fødslen blev der foretaget 1-2 ugentlige hjemmebesøg. Fra fødslen og op til 6-12 måneder efter fødslen blev der foretaget et ugentligt hjemmebesøg. Kvinderne blev desuden støttet i fremmøde og deltagelse i møder med den kommunale forvaltning. Den daglige støtte og sociale rusmiddelbehandling blev varetaget af en fast gruppe på 2-3 medarbejdere med viden om målgruppen. Kvinderne havde mulighed for at kontakte medarbejderne direkte og hermed få hurtig hjælp og støtte i tilfælde af akut opståede problemer, tilbagefald eller lignende.

I evalueringen af projektet er det dokumenteret, at både kvinder og fagpersoner oplevede den tætte daglige støtte og sociale rusmiddelbehandling som et vigtigt og centralt element i forløbet (17).

## ! Redskaber

**Tidlig Tilknytning (FAMKO-Odense):** Tidligt tilknytningsforløb er et samtaleforløb i regi af FAMKO Odense, som har til formål at styrke udsatte eller sårbare gravide kvinders tilknytning til deres barn og styrke deres evne til at mentalisere, dvs. deres evne til at forstå og leve sig ind i barnets behov. Forløbet tager afsæt i tilknytningsmønsteret hos den gravide kvinde selv og arbejder systematisk med, hvordan kvinden og evt. barnefar/partner kan undgå at gentage utrygge og u hensigtsmæssige mønstre fra egen opvækst i relationen til sit eget barn. Samtaleforløbet varer omkring syv måneder med opstart ca. fem måneder før fødsel og afslutning ca. to måneder efter fødsel, og der anvendes en semistruktureret spørgeguide.

Læs mere om FAMKO og indsatsen på [odense.dk](http://odense.dk)

**Minding The Baby (MTB):** En metode, der er udviklet for unge socialt udsatte førstegangsgravide. I Danmark omfatter målgruppen gravide og forældre, der er sårbare i forælderollen og/eller socialt udsatte. MTB er tværfagligt og hjemmebaseret familiebehandlingsprogram, hvor der arbejdes mod at fremme en god og sikker tilknytning mellem forældre og deres barn. Indsatsen varetages af et tværfagligt team typisk en sundhedsplejerske og en familierapeut omkring familien. Hovedfokus i MTB er at styrke den sunde tilknytning via konkret mentaliseringsarbejde. Derudover tilbyder det tværfaglige team forældre, støtte og vejledning i forhold til barnets sundhed og udvikling. Et forløb varer fra ca. tre måneder inden fødslen, til barnet fylder to år, dvs. to år og tre måneder i alt (27; 28).

**Traumebevidste behandlingsprincipper i svangreomsorgen:** Traumebevidst behandling tager udgangspunkt i at tilrettelægge praksis og procedurer mhp. at undgå reaktivering af tidligere traumer og re-traumatisering hos den gravide/partner/familien. De 3 vigtige forhold ift. traumebevidst behandling før, under og efter fødslen er "De 3 R'er": 1. Realises - Indse hvor udbredt indvirkning traumet har og forstå mulige veje for genopretning for klient/patient og familier. 2. Recognizes - Erkend signaler og symptomer på traumet hos klienter/patienter, familier, personale og hos andre involverede. 3. Responds - Responder ved fuldt at integrere viden om traumer i politikker, praksisser og procedurer (29).

Find mere om de 3 R'er på [wvpbis.org](http://wvpbis.org)

**Motivational Interviewing (MI):** (18) MI er en dialog- og samarbejdsbaseret samtalemethode, der sigter mod at styrke borgerens egen motivation til at foretage forandringer. Grundtanken i MI er, at man bogstaveligt talt kan overtale sig selv til forandring. Derfor lægger MI særlig vægt på at få borgeren til at fortælle om den forandring, vedkommende ønsker - frem for at det er fagpersonen, der fortæller, hvad borgeren bør gøre (24).

**Case management:** Case management er en indsats, hvor den gravide kvinde har en fast kontaktperson, der hjælper hende med at navigere imellem forskellige hjælpetilbud. Det er en manualbaseret tilgang, som retter sig mod at hjælpe kvinden til at navigere og profitere af hjælpetilbud og behandling. Er afprøvet i et amerikansk RCT-studie med gode resultater (30).

### 3.4.2 Støtte og rusmiddelbehandling til partner

I indsatsen til en udsat gravid bør der anlægges et helhedssyn på familien, der inkluderer faren, den gravides evt. partner. For at partneren kan udgøre en ressource for den kommende mor og barnet, bør han/hun tilbydes støtte og hjælp til egne problemer, samt evt. rusmiddelbehandling. Støtten bør gives til partneren, for at denne er i stand til at være en støtte for den kommende mor og deltage i familiedannelsen. Partneren bør inddrages i de familieorienterede indsatser, der iværksættes (14; 31). Forskning viser, at kvindernes parforhold har central betydning for kvindernes udbytte af social rusmiddelbehandling og sociale indsatser (11; 31). I nogle tilfælde er partneren dog ikke umiddelbart en ressource for den gravide, fx som følge af omfattende rusmiddelbrug.

Hjælp og støtte til partneren kan eksempelvis være i form af:

- Rusmiddelbehandling<sup>14</sup>.
- Alkoholbehandling<sup>15</sup>.
- Støtte til kommende forældreskab – fælles med den gravide og/eller individuelt.
- Understøtte tilknytning til barnet.
- Social støtte af praktisk, økonomisk eller pædagogisk karakter<sup>16</sup>.
- Støtte til at forstå den gravides situation, herunder hendes rusmiddelproblemer (14; 31).

14 Lov om social service § 101 (Se Bilag 2: Lovgivning)

15 Sundhedsloven § 141 (Se Bilag 2: Lovgivning)

16 Lov om social service, § 11 (se afsnit 3.4.1) og § 52 (Se Bilag 2: Lovgivning).

#### ! Redskaber

HOPE: HOPE er en metode, som er målrettet far/partner til gravide med rusmiddelproblematikker og svær opioidafhængighed. Metoden kombinerer motivationsarbejde med rusmiddelbehandling og psykoedukation med fokus på at opøve forældrekompetencer. Metoden har en belønnende tilgang.

HOPE er afprøvet i et amerikansk RCT-studie med gode resultater (31).

### 3.4.3 Social rusmiddelbehandling

Som beskrevet flere gange er en hurtig og relevant behandlingsindsats for den gravides rusmiddelbrug vigtig i forebyggelsen af rusmiddelskader hos det kommende barn og den gravide selv. Formålet med behandlingen er at støtte den gravide i at ophøre, reducere eller stabilisere sit rusmiddelbrug, heraf afhjælpe de barrierer, der kan være for tilstrækkelig og stabil rusmiddelbehandling og understøtte hendes ressourcer. Kvinden skal støttes i at fastholde sin rusmiddelbehandling, og den tilbudte rusmiddelbehandling skal løbende justeres efter den gravides behov, der kan ændre sig undervejs.

En gravid med et forbrug af rusmidler skal tilbydes den behandlingsform, der forventes hurtigst muligt at hjælpe hende til at opnå rusmiddelophør, reduktion eller stabilisering (1) og bør altid kombineres med familiebehandling, således at rusmiddelbehandling og familiebehandling fremstår som en samlet indsats. Dette kræver et samarbejde mellem de centrale aktører og evt. nedsættelse af et tværgående team. Derudover skal samtykke fra kvinden og hendes eventuelle partner indhentes til deling af oplysninger.

Til borgere i behandling for rusmiddelbrug vil det ofte være hensigtsmæssigt at tilbyde en handleplan. Handleplanen kan erstattes af en helhedsorienteret behandlingsplan, når der, som for den aktuelle målgruppe, er tale om borgere med komplekse og sammensatte problemer, og hvor der er et koordinationsbehov. Borgeren skal give samtykke til, at handleplanen erstattes af en helhedsorienteret behandlingsplan (1).

## § Helhedsorienteret behandlingsplan

§ 101 Kommunalbestyrelsen skal tilbyde social behandling til personer med et stofmisbrug.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen træffer afgørelse om social behandling efter stk. 1 på baggrund af en helhedsorienteret afdækning af personens problemer og behov.

Stk. 8. Kommunalbestyrelsen skal sørge for, at behandlingstilbuddet ved behandlingens start udarbejder en behandlingsplan, der har til formål at sikre sammenhæng mellem de problemer og behov, der er afdækket, jf. stk. 2, og den behandling, der iværksættes.

[Find Lov om social service på retsinformation.dk](#)

Medicinsk behandling bør koordineres mellem den behandelende læge på behandlingstilbuddet og familieambulatoriet. Kommunen kan i visitationen til den mest hensigtsmæssige behandlingsform med fordel indhente familieambulatoriets vurdering af, hvilken intensitet i behandlingen der bedst imødekommer kvindens behandlingsbehov.

De differentierede behandlingsindsatser opdeles i:

- Ambulant behandling
- Dagbehandling
- Døgnbehandling

### Ambulant- og dagbehandling

Ambulant rusmiddelbehandling finder typisk sted i borgerens nærmiljø i modsætning til døgnbehandling. Centrale elementer i ambulant rusmiddelbehandling kan være rådgivning, individuelle samtaleforløb og gruppebehandling (1) med udgangspunkt i den gravides livssituation. Ambulant rusmiddelbehandling kan være hensigtsmæssig, når en gravid er i stabil rusmiddelbehandling og i et stabilt forløb i familieambulatoriet. Det kan også være tilfældet, når kvinden har hjemmeboende børn.

I tilfælde, hvor der vurderes behov for et intensivt ambulant behandlingsforløb, kan der tilbydes dagbehandling, hvor kvinden møder ind mandag til fredag i 5-8 timer dagligt og understøttes i sine mål i en kombination af individuelle samtaler, gruppesamtaler, aktiviteter og projektføløb (1).

I de tilfælde, hvor den ambulante behandling og dagbehandling ikke vurderes at være tilstrækkelig, bør den gravide tilbydes døgnbehandling, der kombinerer rusmiddel- og familiebehandling.

### 3.4.4 Faglig vurdering af behov for døgnbehandling

Døgnbehandling er det mest omfattende behandlingstilbud og retter sig generelt mod de mest udsatte med rusmiddelforbrug, hvor ambulante tilbud ikke vurderes at være tilstrækkeligt. En borger, der ikke kan hjælpes tilstrækkeligt med et ambulant tilbud, har ret til et døgntilbud (1). Det bør i hvert enkelt tilfælde vurderes, hvorvidt den gravide med et forbrug af rusmidler skal tilbydes døgnbehandling, før ambulant rusmiddelbehandling iværksættes. Hvis det faglige skøn tilsiger, at der er behov for døgnbehandling, skal dette iværksættes uopsætteligt.

Der kan være behov for døgnbehandling, når forbruget af rusmidler er så omfattende og livssituationen så belastet, at den gravide ikke er i stand til at profitere i tilstrækkelig grad af ambulant rusmiddelbehandling, og når det fortsatte rusmiddelbrug kan medføre skader for fosteret og kvinden selv. Døgnbehandlingsindsatsen skal tilrettelægges med afsæt i den helhedsorienterede udredning, den gravides individuelle behandlingsbehov og det kommende forældreskab. Centrale elementer i indsatsen kan fx være:

- Specialiseret lægelig rusmiddelbehandling herunder evt. substitutionsbehandling.
- Intensiv social rusmiddelbehandling.
- Psykologhjælp med fokus på at styrke kvindens ressourcer, tilknytning til det kommende barn og forældrekompetencer, samt arbejde med kvindens eventuelle traumer.
- Støtte til afklaring af boligsituation, økonomi, praktiske forhold, kontakt til netværk m.m.

- Støtte til fremmøde og deltagelse i møder med familieambulatoriet, familieafdeling og socialforvaltning i hjemkommune.
- Familiebehandling og støtte i forbindelse med udredning og udvikling af forældrekompetence og omsorgsforhold – herunder tilknytnings-, mentaliserings- og affektreguleringsevne.
- Evt. psykiatrisk behandling.

De forskellige elementer i en døgnbehandlingsindsats bør varetages af fagpersoner med tilstrækkelige sundheds- og socialfaglige kompetencer samt specialiseret viden om målgruppen.

Døgnbehandlingsindsatsen bør optimalt set geografisk finde sted i nærheden af et familieambulatorium eller hospital med fødeafdeling og neonatalafdeling med kompetence til at behandle gravide med et rusmiddelforbrug og spædbørn med abstinenssymptomer. Målgruppens graviditeter er højrisikograviditeter og kræver derfor hyppige kontroller og scanninger i graviditetsperioden. Det bør ligeledes være logistisk muligt for døgntilbuddets behandlere at kunne tilse den gravide på hospitalet, når hun er indlagt med eventuelle graviditetskomplikationer og ligeledes i barselsperioden for at sikre kontinuitet og ro for kvinden og det nyfødte barn (4).

#### **Tilbageholdelse med samtykke**

Jf. Lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling skal gravide med et rusmiddelforbrug tilbydes en kontrakt med mulighed for tilbageholdelse med kvindens samtykke i forbindelse med døgnbehandling. Et højt specialiseret døgnbehandlingstilbud til målgruppen skal have kompetencer og fysiske rammer til at kunne tilbyde at effektuere en tilbageholdelse med kvindens samtykke.

Desuden bør døgnbehandlingstilbuddet have faglige procedurebeskrivelser og/eller retningslinjer for tilbageholdelse, som er tydelige og forståelige for den gravide, hendes pårørende og personalet på behandlingsinstitutionen. Procedurebeskrivelser/retningslinjer skal imødekomme etiske og retssikkerhedsmæssige problematikker, der kan være forbundet med tilbageholdelse. Den gravides kontakt til eventuelle børn, partner eller andre nære pårørende bør medtænkes i forbindelse med døgnbehandling.

### **§ Lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling**

§ 1. I forbindelse med tilbud om støtte til gravide stofmisbrugere i form af døgnophold i henhold til § 107, stk. 2, nr. 2, i lov om social service skal kommunalbestyrelsen tilbyde den gravide stofmisbruger at indgå en kontrakt om behandling for stofmisbrug med mulighed for tilbageholdelse.

Stk. 2. For andre stofmisbrugere beslutter kommunalbestyrelsen, om kommunen vil benytte sig af denne lovs bestemmelser.

Stk. 3. Hvis kommunalbestyrelsen ikke giver tilbud efter stk. 1, kan der klages til Ankestyrelsen, jf. Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område kapitel 10

[Find Lov om tilbageholdelse på retsinformation.dk](#)

## + Praksiseksempler

**Holding Tight® Treatment:** Holding Tight® Treatment er et behandlingsprogram til gravide med rusmiddelforbrug. I Finland er der udrullet et behandlingsprogram, som specifikt er målrettet gravide og familier med rusmiddelforbrug, under navnet "Holding Tight® Treatment". I programmet kombineres rusmiddel- og familiebehandling. Mor og barn (og evt. partner) gennemgår 6-18 måneders intensiv behandling på et behandlingshjem. Behandlingen omfatter bl.a. støtte til omsorg for barnet og til at indgå i forælderrollen, samt rehabilitering af rusmiddeludfordringen. Peer-støtte indgår også som en del af behandlingen. Efter døgnopholdet bliver familien tilknyttet en ambulante behandlings- og opfølgningstilbud. Det er af afgørende betydning for den langvarige effekt af behandlingen og de dertilhørende samfundsøkonomiske og sociale afledte effekter, at behandlingsperioden er tilstrækkelig lang. Et af resultaterne er, at 2/3 af familierne undgår, at børnene efterfølgende bliver anbragt uden for hjemmet. Der findes syv døgnbehandlingshjem og ni ambulante tilbud, som er en del af Holding Tight® Treatment i Finland i 2021.

[Læs mere om Holding Tight® Treatment system på issuu.com](#)

**Borgestadklinikken:** I Norge tilbyder bl.a. Borgestadklinikken døgnbehandlingsindsatser til udsatte gravide med rusmiddelforbrug. Borgestadklinikken er ejet af Blå Kors, der har særlige sektioner med døgnpladser for gravide og småbørnsfamilier. Behandlingen for gravide/forældre tager udgangspunkt i miljøterapi med individuelle- og gruppeterapiforløb. I forløbet indgår der, bl.a.; medicinsk behandling, rusmestring, hjælp til at skabe struktur og rutiner/hverdagskompetencer, forældrevejledning m.m. Behandlingen tilpasses den enkeltes behov. Barnefar/partner kan indgå i behandlingen. Døgnbehandlingen indgår i et pakkeforløb, der skal sikre god koordinering og opfølgning på familien, sikre omsorg for mor og barn, forebygge/minimere fosterskader af rusmiddelbruget, sikre forberedelse til forælderrollen og overgange til andre forløb. Borgestadklinikken er organiseret under den Tverrfaglig Specialiseret Behandling (TSB), der er et fagfelt inden for specialhelsetjenesten.

[Læs mere om Borgestadklinikken på blakors.no](#)

### 3.4.5 Forberedelse til fødsel og ophold på barselsgangen

Det er vigtigt, at den gravide, så tidligt som muligt, forberedes på og inddrages i hvilke indsatser og forløb der sættes i gang, når hun har født.

#### Svangreomsorg

I familieambulatoriet varetager læger, jordemødre, psykologer og socialrådgivere svangreomsorgen og forbereder den gravide frem til fødslen og den første tid med barnet. Familieambulatoriet kontakter desuden sundhedsplejen med henblik på tidlig kontakt i graviditeten. Det anbefales, at sundhedsplejersken aflægger graviditetsbesøg i hjemmet gerne med deltagelse af en

medarbejder fra familieambulatoriet, hvis kvinden og hendes partner er interesseret i dette.

#### Plan for socialfaglige indsatser

Den ansvarlige kommune bør udarbejde en handleplan, med formålsbeskrivelse, konkrete udviklingsfokuspunkter, beskrivelse af nødvendig indsats samt tidsestimat for støttens varighed og opfølgning information. Planen bør udarbejdes i tæt samarbejde med kvinden, familieambulatoriet/fødestedet og andre relevante aktører og være tilgængelig i god tid for samarbejdsparter inden fødslen og omfatte en beskrivelse af opgave- og ansvarsfordeling, samt hvilke initiativer der er sat i værk. Den bør desuden indeholde oplysninger om kontakt-

personer hos de centrale aktører, samt hvem der kan kontaktes i hastetilfælde, hvis kontaktpersonen ikke kan træffes (32).

I tiden efter fødslen bør der, med samtykke fra kvinden, være særlig fokus på deling af viden og koordinering af den samlede indsats mellem hidtidige og nye aktører i den samlede indsats til familien, så det sikres, at vigtig viden om kvinden og barnet ikke går tabt i overgangen mellem sektorer og tværfaglige indsatser. Der bør udarbejdes en plan for det videre forløb efter fødslen, hvori eventuelle aftaler om ophold på barselsgang, amning og udskrivning til fx sundhedsplejen fremgår.

Handleplanen skal sikre, at formålet med foranstaltningen er beskrevet, og at der er klart mål for indsatsen. Kommunalbestyrelsen kan selv bestemme, hvordan den vil sikre, at den nødvendige faglige viden om f.eks. rusmiddelbehandling bliver inddraget ved udarbejdelsen af handleplaner til personer med afhængighed af rusmidler under 18 år. Kommunalbestyrelsen kan således vælge at trække på ekspertisen i de tilbud, som drives i regionen eller i et tilbud, som de selv har oprettet. Kravet om planlægning af indsatsen, før denne iværksættes, skal bidrage til en kontinuitet i børnesagerne. Dette gælder både, når en anbringelse sker med samtykke eller iværksættes tvangsmæssigt. Ved en akut anbringelse skal der efterfølgende udarbejdes en plan for anbringelsen.

### § Handleplan

§140. stk 1 Kommunalbestyrelsen skal udarbejde en handleplan, inden der træffes afgørelse om foranstaltninger, jf. §§ 52, 76 og 76 a. Betyder hensynet til barnet eller den unge, at man ikke kan afvente udarbejdelsen af en handleplan, er en kortfattet angivelse af formålet med foranstaltningen tilstrækkelig. Det påhviler da kommunalbestyrelsen snarest muligt og senest inden 4 måneder at opstille en handleplan.

[Find Lov om social service på retsinformation.dk](#)

### Anbringelse

Den gravide, partneren eller barnet kan have så svære problemstillinger, at barnet skal anbringes efter fødslen. Beslutningskompetencen for en anbringelse ligger i kommunen, der kan træffe afgørelse om at anbringe et barn med samtykke fra forældremyndighedsindehaveren, jf. Lov om social service, § 52, stk. 3, nr. 7. Såfremt forældremyndighedsindehaveren ikke ønsker, at samtykke til en anbringelse kan kommunen anbringe et barn uden samtykke, jf. Lov om social service, § 58. En sådan afgørelse skal forelægges for det kommunale børn og unge-udvalg.

Kommunen bør sikre, at den gravide og evt. partner er forberedt bedst muligt på de foranstaltninger, der måtte foretages efter fødslen, og informere på en respektfuld og omsorgsfuld måde, der tager højde for forældrenes og barnets sårbare situation. I særlige tilfælde kan det blive vurderet af den ansvarlige myndighed, at det er uhensigtsmæssigt at informere forældrene om mulig anbringelse grundet risiko for barnets sikkerhed. Forud for at der træffes afgørelse, om evt. anbringelse kan beslutningsgrundlaget evt. drøftes af relevante centrale aktører omkring den enkelte gravide.

### § Anbringelse med og uden samtykke

Med samtykke - Lov om social service, 52, stk. 3, nr. 7

Uden samtykke - Lov om social service, § 58

[Find Lov om social service på retsinformation.dk](#)

### Adoption

Såfremt den gravide/parret ytrer ønske om at bortadoptere deres barn, bør den kommunale myndighed vejlede og støtte de kommende forældre i at opnå kontakt til Familieretshuset, som forestår sagsbehandlingen vedrørende frivillige adoptioner.

Hvis kommunen forventer, at barnet skal anbringes for en længere årrække, skal kommunen overveje, om hensynet til kontinuitet og stabilitet i barnets opvækst taler for, at barnet i stedet bliver adopteret, jf. Lov om social

service, § 68 d. Kommunen skal i sådanne situationer sikre, at der bliver iværksat de relevante undersøgelser, også under graviditeten, så der træffes de rette beslutninger og sættes ind med relevant hjælp og støtte hurtigst muligt (33). Indstillinger til adoption uden samtykke skal forelægges det kommunale børn- og ungeudvalg til vurdering, mens afgørelsen træffes af Ankestyrelsen.

Når et barn anbringes uden for hjemmet eller bortadopteret efter fødslen bør fagpersoner have øget opmærksomhed på at støtte kvinden i at modtage rusmiddelbehandling og relevante social- og sundhedsfaglige indsatser, herunder præventionsrådgivning. Derudover bør relevant viden om kvindens rusmiddelforbrug i graviditeten formidles til fagpersoner, som skal følge barnets udvikling og trivsel<sup>17</sup> som fx børnesagsbehandlere, sundhedsplejerske, praktiserende læge.

## § Adoption

Lov om social service § 68 d

I forbindelse med en afgørelse om anbringelse af et barn eller en ung uden for hjemmet efter § 52, stk. 3, nr. 7, jf. § 52, stk. 1, eller § 58 eller efter § 14 i lov om bekæmpelse af ungdomskriminalitet, hvor det må antages, at barnet eller den unge vil være anbragt i en længere årrække, skal kommunalbestyrelsen overveje, om hensynet til kontinuitet og stabilitet i barnets eller den unges opvækst taler for, at barnet eller den unge i stedet bliver adopteret

[Find Lov om social service på retsinformation.dk](http://retsinformation.dk)

## ! Redskaber

**Håndbog for det gode anbringelsesforløb i familiepleje:** Socialstyrelsen har udarbejdet en håndbog, der er målrettet kommunerne og giver konkrete bud på, hvordan man opnår kvalitet i sagsbehandlingen og ved anbringelsen, så barnet får mulighed for en tryk overgang og opvækst. Håndbogen fungerer som et konkret redskab til at arbejde struktureret og systematisk med de forskellige dele i en anbringelse fra det besluttes, at et barn skal anbringes, til plejefamilien vælges, barnet skifter plejefamilie, flytter hjem, eller evt. tilbydes efterværn (33).

<sup>17</sup> Læs mere herom i [Forløbsbeskrivelse. Børn og unge med komplekse funktionsnedsættelser som følge af prænatal rusmiddeleksponering og afhængighedsskabende medicin.](#)



## Casebeskrivelse – indsatser

### Case-eksempel 1: Josefine – gravid med behov for forstærket ambulans indsats

Josefine og Lasse indkaldes ugen efter den første samtale i familieambulatoriet til samtale med en myndighedssagsbehandler fra børn- og familieafdelingen i deres kommune. Parret bliver informeret om, at der i løbet af graviditeten vil blive udarbejdet en § 50 undersøgelse, der skal hjælpe med at pege på parrets behov for hjælp og støtte.

På baggrund af anbefalinger i § 50 undersøgelsen og i samarbejde med parret opstartes et forløb i kommunens familiehus med tilbud om samtaler med socialrådgiver, psykolog og sundhedsplejerske med fokus på ekstra støtte og tidlig deltagelse i mødre-/ fædre-/ forældregruppe.

Parret udebliver i forløbet fra aftaler både i rusmiddelbehandlingstilbuddet med familieambulatoriet og sagsbehandler. Parret får tilknyttet en mentor fra familiehuset, der kommer hjem til parret en gang om ugen og støtter dem i at møde op til planlagte aftaler og hjælper med praktiske forberedelser til at skulle være forældre. Herefter begynder parret at møde stabilt op til møderne, samarbejder og udvikler sig og får lavet de praktiske forberedelser til, når barnet kommer.

I løbet af graviditeten afholdes flere tværfaglige netværksmøder med deltagelse af parret og relevante samarbejdspartnere (sagsbehandler, rusmiddelbehandler, mentor, jordemoder og socialrådgiver fra familieambulatoriet samt sundhedsplejerske). Konklusionen på møderne er, at parret er inde i god udvikling og med hjælp og støtte er klar til at tage imod deres barn i eget hjem. Parret bliver skrevet op til en lejlighed og flytter i deres egen lejlighed fire uger før fødslen, og Josefine føder til terminen en dreng på 3250 gram.

## 3.5 Opfølgning

For alle kvinder er det en stor omvæltning at blive mor, og udsatte kvinder med en rusmiddelproblematik har særligt brug for hjælp og støtte, når barnet er kommet til verden. I løbet af de første måneder som småbørnsfamilie kan der være brug for hjælp til at holde fast i rusmiddelophøret og andre ændringer, som graviditeten og det at blive en ny familie har bragt med sig. Parforholdet kan, som det er tilfældet i alle småbørnsfamilier, komme på prøve, og man kan som nybagt mor være usikker på, om man gør alting godt nok. Nogle kvinder og nye familier har ikke et godt socialt netværk at læne sig op ad, og undersøgelser peger på, at social isolation kan udgøre en risiko for depression og genoptagelse af rusmiddelforbrug (14). Det er derfor vigtigt, at der efter fødslen følges op på de indsatser, der er iværksat under graviditeten, og at evt. nye eller andre indsatser iværksættes hurtigst muligt, efter barnet er født.

I de tilfælde, hvor mor og barn indlægges efter fødslen, er det vigtigt, at støtte iværksættes allerede på barselsgang eller neonatalafdeling. En indlæggelse må ikke medføre en pause i forhold til koordineringen af de sociale problematikker, selvom indlæggelsesgrundlaget er somatisk.

Støtte efter fødslen kan tilbydes på mange forskellige måder og i forskellige kontekster. Den tværfaglige- og tværsektorielle koordinering mellem de relevante aktører i den enkelte sag bør fortsætte for at sikre, at de enkelte elementer af indsatsen udgør en koordineret og samlet indsats, der løbende kan justeres og tilpasses til barnets, kvindens og familiens aktuelle behov.

Nedenfor beskrives kerneelementerne i opfølgningsindsatserne til målgruppen. Opfølgningen bør fortsat koordineres mellem de involverede sektorer. Derudover vil det være relevant at involvere lokale tilbud til familierne i civilsamfundet, der kan bidrage med netværksdannende aktiviteter og rådgivning.

### Case-eksempel 2: Kamille – gravid med behov for døgnbehandling

Kamille startes op i stabiliserende medicinsk behandling i samarbejde med familieambulatoriets læge og tilbydes døgnbehandling for sit rusmiddelforbrug. Forud for indskrivningen bliver Kamille tilbudt at indgå en kontrakt om frivillig tilbageholdelse, hvilket hun dog ikke ønsker. Da Kamille er blevet indlogeret i døgnbehandlingstilbuddet, får hun sin første samtale med den rusmiddelbehandler, der er hendes faste kontaktperson under hendes ophold.

Der etableres inden for få dage et tæt og koordineret samarbejde mellem Kamille, det regionale hospital, der ligger tættest på døgnbehandlingstilbuddet, familieambulatoriet og døgninstitutionen. Samtidigt lægges der en plan for gradvis nedtrapning af Kamilles substitutionsmedicin inden fødslen. For at skåne fosteret foregår nedtrapningen meget langsomt over flere måneder frem mod det forventede fødselstidspunkt.

Kamille taler med sygeplejersken på det regionale hospital og en familiebehandler, som er tilknyttet døgnbehandlingstilbuddet, om det at skulle være mor, hendes egen barndom og hendes bekymring for, hvorvidt hun får mulighed for at beholde sit barn efter fødslen. Kamilles rusmiddelbehandler fra det kommunale behandlingstilbud og sagsbehandler fra hjemkommunens familieafdeling følger løbende op på døgnbehandlingen og er i kontakt med Kamille om, hvad der skal ske efter opholdet på døgninstitutionen.

Kamilles kommune visiterer Kamille til et mor-barn hjem, hvor hun efter døgnbehandlingen skal opholde sig frem til og efter sin fødsel sammen med sit barn. 14 dage inden termin får Kamille hjælp til at flytte til mor-barn hjemmet, så hun når at finde sig til rette inden fødslen. Både før og efter fødslen er der fortsat fokus på stabilisering af Kamilles rusmiddelproblematikker og på familiebehandling, der forbereder Kamille på at blive mor. Under hele opholdet er der tæt dialog og koordinering mellem Kamille, mor-barn hjemmet, familieambulatoriet, sagsbehandler i børn- og familieafdelingen og det kommunale rusmiddeltilbud.

Desuden hjælper mor-barn-hjemmet Kamille med at genetablere kontakt til familiemedlemmer, der kan støtte hende fremover.

### 3.5.1 Fortsat støtte og opfølgning i socialfaglige indsatser

Den socialfaglige støtte og opfølgning kan være afgørende for en positiv start for kvinden og/eller parret som ny familie. Fokus i indsatserne bør tage udgangspunkt i de indsatser, der fremgår af handleplanen, samt nye og tilkomne fokuspunkter, der skal tilføjes i handleplanen. Endvidere tages der stilling til, om de iværksatte indsatser fortsat vurderes relevante, og om de evt. skal justeres i omfang, eller der er brug for andre tilbud. Der vil desuden være fokus på generel trivsel, fx i hjemmet eller på anbringelsesstedet. Opfølgning og beslutning om det videre forløb sker i samarbejde med forældrene og med inddragelse af de fagpersoner, der har med forældrene og barnet at gøre.

#### Støtte til etablering af en god og tryk hverdag

Støtte til etablering af en god og tryk hverdag i den ny familie kan ligesom i graviditetsmånederne være i form af hjemmebesøg med individuelle samtaler og parsamtaler i samarbejde med sundhedsplejen. Samtalerne kan omhandle fx tilknytning mellem forældrene og barnet, pleje af og omsorg for det spæde barn, struktur i hverdagen, samt roller og opgaver, i den nye familie m.m. (14). Støtte til tilknytning og mentalisering kan med fordel være i form af psykoterapi kombineret med generel familiebehandling (34).

#### Støtte til at få økonomien og den praktiske hverdag til at fungere

I forlængelse af hjælpen til at få struktur på den nye hverdag kan der være behov for hjælp til at få styr på økonomien, oparbejde praktiske rutiner omkring barnet

m.m. Kommunen skal tilbyde sundhedspleje efter behov, hjælp, omsorg eller støtte og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af særlige sociale problemer.

### **Hjælp til at opbygge og fastholde positive sociale relationer og netværk**

Målgruppen kan have skrøbelige sociale relationer og fællesskaber, fx med udgangspunkt i et lokalt rusmiddel miljø, der har en negativ effekt på kvindes bestræbelser på at opnå rusmiddelophør, reduktion eller stabilisering. Støtte til at opbygge nye sociale relationer og netværk samt understøttelse af eksisterende, positive relationer kan bidrage til at fastholde kvinden i en positiv udvikling og understøtte den ny familie. Sociale tilbud til målgruppen kan eksempelvis være specialiserede mødre-, fædre- eller forældregrupper, barselscaféer mv. for nybagte familier med en rusmiddelhistorik.

I understøttelsen af eksisterende, positive relationer bør det tages i betragtning, at kvindens familie og/eller sociale relationer kan have egne sociale udfordringer. Forældre, kærester eller søskende, som gerne vil støtte kvinden i hendes graviditet og rusmiddelbehandling, kan således selv have en historik med rusmidler og/eller være socialt udsat på andre måder. Der er derfor behov for, at sociale indsatser understøtter positive relationer, såvel som grænsesætning i mere vanskelige relationer, da den enkelte kvindes eksisterende sociale netværk kan have begrænsede ressourcer til at støtte hende (35).

### **Opfølgning og støtte til forældre, hvis barn bliver anbragt uden for hjemmet**

Hvis barnet bliver anbragt uden for hjemmet, bør forældrene støttes i den proces. Forældre til anbragte børn skal tilbydes en støtteperson, jf. Lov om social service, § 54, som kan støtte op om forældrene, når deres barn er anbragt uden for hjemmet. Det kan fx være hjælp til at mestre de konfliktfyldte følelser, der kan være forbundet med, at man ikke kan have sit barn hjemme. Dernæst kan § 54 støttepersonen hjælpe med kommunikation med myndighed på børne- og ungeområdet både mht. møder og afgørelser og lign. på skrift. Af Lov om social service, § 54 fremgår det bl.a., at støtten så vidt muligt skal medvirke til at løse de problemer, som har været årsag til anbringelsen med henblik på at støtte forældrene i at varetage omsorgen for barnet ved evt. hjemgivelse eller samvær med barnet under anbringelsen.

Der skal udarbejdes en særskilt handleplan for støtten. Udarbejdelse af særskilt handleplan, jf. Lov om social service, § 54, kan dog fravige, såfremt forældrene samtykker, til at der udarbejdes en helhedsorienteret plan for begge forældre, når der er tale om forældre med komplekse og sammensatte problemer, hvor der ellers skal udarbejdes flere planer for indsatser, og hvor et koordinationsbehov gør sig gældende. Denne ordning er frivillig.

## § Støtte til forældrene når børn bliver anbragt

Lov om social service, § 54

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde forældremyndighedens indehaver en støtteperson i forbindelse med barnets eller den unges anbringelse uden for hjemmet, jf. § 52, stk. 3, nr. 7, eller § 14 i lov om bekæmpelse af ungdomskriminalitet.

Stk. 2. Under barnets eller den unges anbringelse uden for hjemmet efter § 52, stk. 3, nr. 7, eller § 14 i lov om bekæmpelse af ungdomskriminalitet skal kommunalbestyrelsen træffe afgørelse om støtte til forældrene efter stk. 1, efter § 52, stk. 3, eller efter anden lovgivning. Støtten skal så vidt muligt medvirke til at løse de problemer, som har været årsag til anbringelsen med henblik på at støtte forældrene i at varetage omsorgen for barnet eller den unge ved en eventuel hjemgivelse eller i samvær med barnet eller den unge under anbringelsen. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte en særskilt plan for støtten til forældrene.

Stk. 3. Kommunalbestyrelsen kan beslutte, at kravet om den særskilte plan for støtten til forældrene, jf. stk. 2, kan fraviges, og at forældrene i stedet tilbydes en helhedsorienteret plan for en eller begge forældre, når der er tale om forældre med komplekse og sammensatte problemer, hvor der kan eller skal udarbejdes flere planer for indsatserne, og hvor der er et koordinationsbehov forbundet hermed. Forældrene skal give samtykke til, at den særskilte plan erstattes af en helhedsorienteret plan.

[Find Lov om social service på retsinformation.dk](#)

Kommunen skal tilbyde advokatbistand til forældremyndighedsindehaveren, hvis der etableres foranstaltninger uden forældrenes samtykke, eller kommunen ønsker sagen behandlet i Børne- og Ungeudvalget, jf. Lov om social service, § 72.

## + Praksiseksempler

**Dit rum:** Dit rum har fokus på at opspore og fastholde nybagte forældre/familier med rusmiddelproblematikker. Dit Rum holder til i Glostrup og tilbyder mødre at deltage i babygrupper som supplement/erstatning for den mødregruppe, de bliver tilbudt i hjemkommunen, som de ofte fravælger. Dit Rum er en håndholdt indsats og satellitfunktion, der skal sikre en tryk og håndholdt overgang fra, fx Familieambulatoriet, så familien ikke "forsvinder" og først dukker op igen, når der fx er problemer med barnet i børnehaven/skolen.

[Læs om Dit rum på ditrum.nu](#)

**Cafe Tumlingen:** Cafe Tumlingen er et mødested for familier, der aktuelt får eller tidligere har fået hjælp fra Familieambulatoriet i Region Nordjylland. Caféens frivillige er på skift læger, jordemødre, sygeplejersker, sundhedsplejersker, pædagoger m.fl., som familierne kender fra Familieambulatoriet. Familierne mødes og taler uformelt om det sjove og det dejlige ved at være forældre og om praktiske problemer med børnepasning, men også indimellem om de svære ting, der er forbundet med det tidligere misbrug. Caféen har til huse i Aalborg, Frederikshavn og Vrå og har åbent en dag hvert sted pr. måned. For at være med skal man være stoffri/ædru. Der serveres gratis varm mad, og man kan få hjælp med transporten til caféen.

[Læs om Cafe Tumlingen på cafetumlingen.dk](#)

### 3.5.2 Fortsat støtte og opfølgning i rusmiddelbehandlingen

Rusmiddelbehandling bør fortsætte efter fødslen, uanset om kvinden er ophørt med sit forbrug eller ej. Tiden efter fødslen kan være sårbar og vanskelig og graviditeten og forventningen om at blive mor, er ikke længere en motiverende faktor for et rusmiddelophør. Samtidigt kan tiden med et spædbarn (der kan have følger af rusmiddeleksponering) og den store omvæltning, det er at blive mor og en ny familie, øge risikoen for tilbagefald.

Fortsat rusmiddelbehandling eller opfølgende behandling kan derfor være helt afgørende, samt at kvinden og evt. hendes partner bør tilbydes specialiseret støtte (1).

Rusmiddelbehandlingen kan bestå i:

- Fortsat ambulat rusmiddelbehandling, kombineret med familiebehandling i hjemmet.
- Tilbagefaldsforebyggende, ambulat behandling kombineret med familiebehandling.
- Ophold på en døgntilbud med fokus på både rusmiddelbehandling og understøttelse af familiedannelse.

Fortsat ambulat behandling er en fortsættelse af den rusmiddelbehandling, som blev igangsat før eller under graviditeten. Hvis kvinden ikke er ophørt med sit forbrug af rusmidler, vil der være fokus på reduktion og ophør. Efter fødslen bør der i kvindens behandling tages højde for hendes nye livssituation som mor, heraf bør behandlingsindsatsen justeres herefter. Der bør i kvindens behandlingssamtaler og indsatser være opmærksomhed på koordinering med familiebehandling i tæt samarbejde med den kommunale familieafdeling.

I de tilfælde, hvor en mor og evt. partner har opnået rusmiddelophør, tilbydes behandling med fokus på forebyggelse af tilbagefald (1). Rusmiddelbehandling bør kombineres med familiebehandling i et samarbejde mellem behandlingstilbuddet og familieafdelingen.

En sårbar ny mor med en rusmiddelproblematik, hendes barn og evt. partner kan have behov for ophold på en familie-døgninstitution, så de kan få støtte til familiedannelse, tilknytning mellem forældre og barn og støtte i rusmiddelophør, fortsat reduktion eller stabilisering af fx substitutionsmedicin. De dele af familiens netværk, der kan bidrage til den nye familie med støtte og stabilitet, bør inddrages aktivt, da kvindens og parrets sociale forhold kan være afgørende for, hvor udfordrende det er at fastholde rusmiddelophør, reduktion eller stabilisering.

### 3.5.3 Fortsat støtte og opfølgning i sundhedsfaglige indsatser

Familieambulatoriet bør medvirke til, at relevante parter inviteres til udskrivelseskonference, når mor og barn udskrives efter fødslen.

Efter fødslen bør der fortsat være fokus på kvindens fysiske og psykiske sundhed. Kvinden vil som alle andre blive tilbudt besøg fra sundhedsplejerske, som blandt andet har fokus på tilknytning til barnet, barnets fysiske og psykiske trivsel, amning eller vejledning om modermælkerstatning, søvn og anden sundhedsplejerådgivning. Desuden tilbydes kvinden i de fleste af landets kommuner en undersøgelse for tegn på fødselsdepression. Kvinden opfordres til at blive undersøgt hos egen læge otte uger efter fødslen, hvor der blandt andet følges op på kvindens fysiske og psykiske sundhed, amning samt prævention. Ligeledes bør jordemor og sundhedsplejerske have opmærksomhed på amning og prævention. Familieambulatoriet kan ved behov medvirke i kommunens planlægning og koordinering af støtteforanstaltninger til moren efter udskrivelsen.

Kvinder, som i graviditeten har været fulgt i familieambulatoriet, kan blive tilbudt en efterfødselssamtale i familieambulatoriet. De regioner, der tilbyder børneopfølgning for rusmiddeleksponerede børn i regi af familieambulatoriet, følger barnets trivsel og udvikling efter fødslen og frem til skolestart/det 18. år<sup>18</sup> med opfølgende undersøgelser hos læge og psykolog<sup>19</sup> Familieambulatoriets opfølgninger variere fra region til region og skal ses som et supplement til den kommunale indsats til barnet og familien.

18 Børneopfølgningen varierer fra region til region. Region Midt tilbyder at følge det rusmiddeleksponerede barn til det 18. år, Region Nord og Syd til skolealderen. Region Sjælland og Hovedstaden har ikke på nuværende tidspunkt børneopfølgning i deres familieambulatorier.

19 Se, hvilke undersøgelser der tilbydes i børneopfølgningen i Forløbsbeskrivelsen for Børn og unge med komplekse funktionsnedsættelser som følge af prænatal eksponering for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin – Bilag 3 Familieambulatorierne.

## Casebeskrivelser – opfølgning

### Case-eksempel 1: Josefine – gravid med behov for forstærket ambulans indsats

Josefine og Lasse bliver tilknyttet et kommunalt tilbud, "Familiestedet", til sårbare gravide og nybagte forældre, hvor de følges i det første år og bl.a. får løbende besøg af en familierapeut i hjemmet i samarbejde med sundhedsplejersken. Familierapeuten og sundhedsplejersken støtter forældrene i forælderrollen, og har hyppig opfølgning med sagsbehandler i børne- og familieafdelingen og forældrene.

Et halvt år efter at barnet er født, observerer familierapeuten, at familien har det svært, og indsatsen intensiveres i en kortere periode. Indsatsen koordineres med sundhedsplejerskens styrkede indsats indtil familien, og barnet er i trivsel igen.

Josefine fortsætter sit tilbagefaldsforebyggende forløb i rusmiddelbehandlingstilbuddet, indtil hun vurderes at være stabil. Lasse fortsætter i ambulans rusmiddelbehandling. Josefine bliver tilbudt økonomisk støtte til prævention, som bookes i forbindelse med efterfødselsamtale med jordemoder.

Parret er i stand til med hjælp og støtte at skabe et trygt omsorgsmiljø og en tryk tilknytning til barnet, der er i trivsel og alderssvarende udvikling.

### Case-eksempel 2: Kamille – gravid med behov for døgnbehandling

Efter fødslen bliver Kamille og hendes barn på mor-barn hjemmet nogle måneder, hvor Kamille får støtte og vejledning i at tage sig af sit spædbarn og etablere tilknytning mellem hende og barnet. I samme periode skal Kamilles hjemkommune træffe beslutning om, hvorvidt barnet skal anbringes uden for hjemmet, eller om Kamille kan få sit barn med hjem, som hun ønsker. Kamilles hjemkommune konkluderer på baggrund af forløbet på mor-barn hjemmet, at Kamille er i stand at tage sig af sit barn, og at barnet er i trivsel og i alderssvarende udvikling, og at hun med forebyggende foranstaltninger kan have sit barn hjemme hos sig.

Kamilles kommune skaffer en bolig til Kamille, og det kommunale rusmiddelcenter har løbende samtaler med Kamille, sådan at hun støttes i at fastholde sin stabilisering på lav dosis substitutionsterapi, og tilbagefald forebygges. Rusmiddelcenteret aftaler med Kamille, at hun skal fortsætte i behandling, når hun kommer tilbage til sin hjemkommune efter opholdet på mor-barn hjemmet.

Sundhedsplejersken har ved sine besøg på mor og barn hjemmet talt prævention med Kamille, og der er med økonomisk støtte fundet en præventionsform, som passer Kamille.

# 4. ORGANISERING OG SAMARBEJDE



En helhedsorienteret indsats til målgruppen tager udgangspunkt primært i Sundhedsloven og Lov om social service og iværksættes af fagpersoner, der er tilknyttet forskellige sektorer og forvaltningsområder. En planlagt, målrettet og systematisk proces, der involverer alle relevante fagpersoner og fagkompetencer, er en central forudsætning for, at en koordineret indsats skaber de ønskede resultater, og at barnet og den nye familie får den bedst mulige start.

## 4.1 Aktører

De centrale aktører i indsatserne til en gravid i målgruppen er familieambulatoriet<sup>20</sup>, den kommunale myndighed i familieafdelingen og den kommunale rusmiddelbehandling, evt. i samarbejde med den kommunale myndighed på voksenområdet. Der bør være en klar aftale mellem aktørerne om, hvem der har det primære ansvar for koordineringen af indsatserne. Det er vigtigt, at alle aktører påtager sig et ansvar for at videregive relevant information og for selv at indhente den information, de måtte mangle fra hinanden og andre aktører.

Nedenstående figur 2 giver en oversigt over, hvornår centrale aktører yder en indsats i forhold til et graviditetsforløb. Efter figuren beskrives kort, hvilken rolle øvrige aktører kan have i indsatserne til målgruppen henholdsvis før, under og efter graviditeten.

### 4.1.1 Før graviditet

For at minimere risikoen for uønskede graviditeter, og at børn fødes med rusmiddelrelaterede skader, er en forebyggende indsats afgørende. Aktører, som er i kontakt med kvinder med rusmiddelforbrug, som ønsker at blive gravide, bør således sikre, at kvinden og hendes eventuelle partner får rådgivning om graviditet, prævention og livsstil. Det kan ske ved henvisning til familieambulatorium og/eller praktiserende læge, kommunal familieafdeling og/eller rusmiddelbehandlingstilbud.

### 4.1.2 Under graviditeten

Andre aktører er praktiserende læge, sundhedsplejerske, psykiatri, familiebehandling på døgninstitution, øvrig familiebehandling, døgnbehandling for rusmiddelproblematik, bo støtte, mentor, kriminalforsorg, jobcenter og civilsamfundsorganisationer. De centrale aktører bør undersøge, hvilke øvrige aktører der er i kontakt med den gravide eller bør involveres i den samlede indsats. Øvrige aktørers indsatser bør koordineres med eller integreres i den samlede helhedsorienterede indsats, som ydes af hovedaktørerne.

Der bør være en særlig opmærksomhed på:

**Den praktiserende læge**, som foretager de forebyggende graviditetsundersøgelser. Lægen modtager og videresender relevante oplysninger til og fra familieambulatoriet efter samtykke fra kvinden. Derudover skal lægen informere alle gravide om Sundhedsstyrelsens retningslinjer for alkohol- og rusmiddelforbrug i graviditeten. Hvis der er samtykke hertil, kan lægen deltage i koordinerende møder og/eller læse referat heraf.

**Sundhedsplejersken** bør komme ind tidligt i forløbet for at opbygge en tillidsrelation til de kommende forældre og etablere samarbejdet med den kommende familie. Det foregår bedst i samarbejde med jordemoderen, der evt. også kan deltage i sundhedsplejerskens graviditetsbesøg i hjemmet, hvis de kommende forældre ønsker det, og det er en mulighed for jordemødre i regionen. Når sundhedsplejersken bliver kontaktet om en gravid kvinde i målgruppen, skal hun tilbydes et besøg i graviditeten til afklaring af hendes behov for sundhedsplejerskestøtte og opstart af relevante indsatser. Sundhedsplejersken kan tilbyde flere besøg i løbet af graviditeten og bør indgå i et tæt samarbejde med den kommunale familieafdeling og Familieambulatoriet. Derudover skal familieambulatoriet inddrage sundhedsplejersken i netværksmøderne.

**Psykiatrien** orienteres om udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug, der er i psykiatrisk behandling. Psykiatrien bør inddrages tidligt i koordinerende møder og eventuelle indsatser. Der bør desuden ske koordinering mellem relevante psykiatriske enheder og familieambulatoriet vedrørende medicinsk behandling (32).

<sup>20</sup> Bilag 4: Familieambulatoriernes indsatser – hvor det fremgår, hvilke indsatser der tilbydes fordelt på de fem regioner.



Centrale aktører	Periode		
	Før graviditet	Graviditet	Efter fødslen
Almen praksis	●	●	●
Psykiatri	●	●	●
Familieambulatorie		●	●
Rusmiddelbehandling - ambulans	●	●	●
Døgntilbehandling		●	●
Civilsamfundsorganisationer	●	●	●
Pårørende, fx partner	●	●	●
Familieophold		●	●
Den kommunale Familieafdeling	●	●	●
Den kommunale sundhedstjeneste		●	●
Øvrige opsporende indsatser	●	●	

Figur 2: Mulige aktører i målgruppens graviditetsforløb

**Civilsamfundsorganisationer**, som fx Røde Kors, Mødrehjælpen, Blå Kors, Red Barnet, TUBA og Dit Rum, er specialiserede i at yde frivillig hjælp til udsatte børn og familier. De kan yde psykosocial støtte til familier, økonomisk støtte som julehjælp eller indretning af ny bolig, arrangere aktiviteter med et pædagogisk og socialt fokus, etablere netværk mod ensomhed m.v. Evalueringer viser, at frivillig støtte til familier i en udsat position bl.a. kan:

- Støtte der, hvor familien selv tilkendegiver at have et behov (uden at fordømme/definere familiens problemstilling).
- Give forældre, en større tro på egne forældreevner (empowerment).
- Bidrage med hjælp til selvhjælp til bedre hverdagsrutiner.
- Gøre det lettere at overkomme hverdagen (fx få styr på post, økonomi, at søge en bolig osv.).
- Give håb om en lysere fremtid.
- Afhjælpe ensomhed.
- Skabe netværk.

#### 4.1.3 Efter fødslen

Som det fremgår af afsnit 3.5, er det vigtigt, at der bliver fulgt op med støtte til familien efter fødslen. Den tværfaglige- og tværsektorielle koordinering mellem de relevante aktører i den enkelte sag bør fortsætte for at sikre, at familien får en koordineret og samlet indsats, der løbende justeres og tilpasses til barnets, kvindens og familiens aktuelle behov.

Herudover følger den praktiserende læge op på kvinden og barnet efter fødslen, og Familieambulatoriet følger ligeledes op med efterfødselssamtaler, om bl.a. prævention ligesom, at sundhedsplejersken, ved sine besøg i familien, har fokus på sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

Civilsamfundsorganisationer kan også støtte med psykosociale, økonomiske, og pædagogiske indsatser på samme måde som under graviditeten.

#### 4.1.4 Eksempler på aktører, der skal involveres

Figur 3 illustrerer omfanget af sandsynlige, øvrige aktører og potentielle samarbejdspartnere for de tre centrale aktører og den gravide i målgruppen. Der bør samarbejdes og koordineres mellem alle de instanser, der er relevante for at sikre en sammenhængende indsats for den enkelte gravide. Det anbefales, at de centrale aktører udpeger en tovholder/koordinator, der sikrer inddragelse af den gravide og skaber sammenhæng.

## 4.2 Samarbejde og koordinering

Koordinering af den samlede indsats er afgørende for at sikre sammenhæng mellem de delindsatser, som forskellige tilbud og fagpersoner leverer. Koordinering sker gennem samarbejde mellem relevante fagpersoner, sektorer og forvaltninger – og med den gravide og evt. partner.

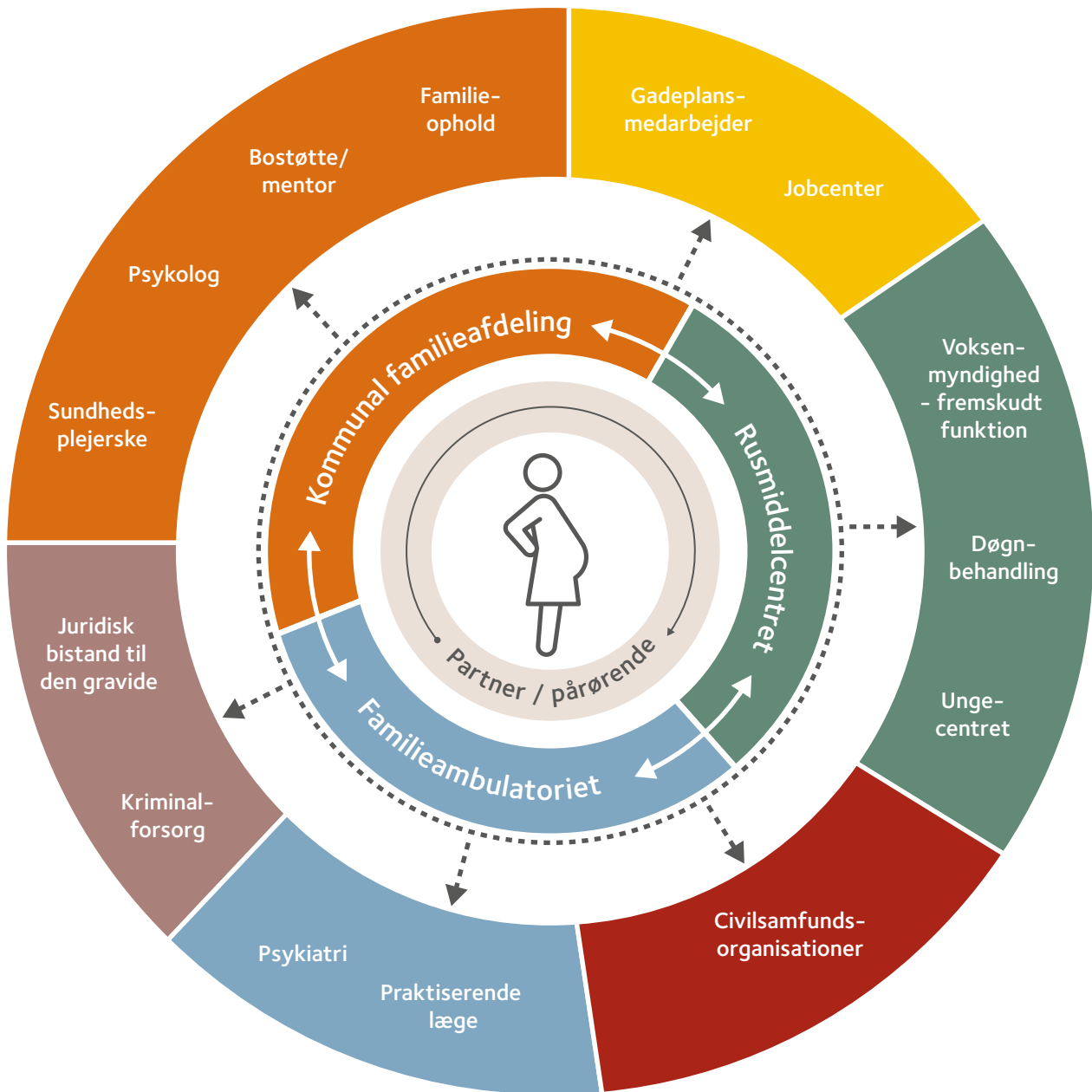
Velkoordinerede og sammenhængende indsatser er karakteriseret ved:

- Tydelige arbejdsgange og afklarede roller for deling og overdragelse af viden på tværs af sektorer og fagområder og faggrupper og fra specialister til øvrige fagpersoner.
- Systematisk inddragelse af specifik viden om målgruppens udfordringer og ressourcer i den sundhedsmæssige og sociale indsats, herunder den viden som den enkelte gravide, og evt. partner eller øvrig familie besidder, om vedkommendes individuelle ønsker og forhold.
- Tilrettelæggelse og løbende tilpasning af indsatsen, så den imødekommer kvindens ønsker og behov i forbindelse med de forskellige faser før, under og efter graviditeten.
- En klar ansvarsfordeling af opgaverne i den samlede indsats, herunder fordeling af tovholder- og koordinationsansvar.
- Stærke netværksrelationer mellem relevante fagpersoner på tværs af aktører, gennem lokale samarbejdsaftaler.

#### 4.2.1 Koordinering af indsatser på tværs af sektorer og forvaltningsområder

Som beskrevet ovenfor, er der behov for koordinering mellem de forskellige aktører, for at skabe en samlet indsats for målgruppen. Det fremgår af Lov om social service § 1, at de sociale myndigheder har pligt til at tilrettelægge en tidlig hjælp. Bekendtgørelse nr. 1344 af 3/12/2010 om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge bestemmer i § 15, at kommunen skal udpege en koordinator. Tidlig udpegelse af en koordinator for den samlede indsats kan være med til at sikre, at de forskellige indsatser til den enkelte gravide og hendes kommende barn koordineres mellem afdelinger og sektorer, og at vigtig viden om kvinden og barnet ikke går tabt mellem aktørerne i indsatserne.

Det kan have betydning for samarbejdet, kvaliteten af den samlede indsats og hurtigheden, hvormed indsatser kan justeres eller iværksættes, at de involverede fagpersoner på tværs af aktører har kendskab til hinanden, og hinandens dele af den samlede indsats. Gensidigt kendskab gør det også muligt løbende, og hurtigt, hvis en situation kræver det, at kunne kontakte hinanden med henblik på fx ændring eller justering af indsatsen. Arbejdet med målgruppen bør så vidt muligt varetages af de samme medarbejdere fra gang til gang, så de kan opbygge et kendskab til de relevante samarbejdspartnere på tværs af afdelinger og sektorer. Det giver også de pågældende medarbejdere mulighed for at opbygge en vis erfaring med og ekspertise i arbejdet med målgruppen på længere sigt. Hvis opgaven skal overdrages til nye medarbejdere, bør en grundig overlevering af opgaven, herunder central viden om målgruppen og centrale samarbejdspartnere, prioriteres højt.



Figur 3: Centrale- og mulige øvrige aktører omkring den gravide

## § Tilgodese børn og unge med særlige behov

Sundhedslovens § 123

Kommunalbestyrelsen opretter med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov en tværfaglig gruppe, der skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab.

Bekendtgørelse nr. 1344 af 3/12/2010 om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge bestemmer i § 15, at kommunen skal udpege en koordinator.

[Find Sundhedsloven på retsinformation.dk](#)

### Koordinering mellem kommune og region

Samarbejdet mellem kommuner og regioner er formaliseret gennem flere forskellige typer af samarbejdsaftaler. Sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner sætter retningen for det samarbejde, der skal sikre, at borgerne får en sammenhængende og koordineret indsats i forløb, der går på tværs af sektorerne, herunder også almen praksis. Rameaftaler sætter retning for faglig udvikling, styring og koordinering af kommunale og regionale tilbud.

Samarbejde og koordinering kan styrkes, ved at der ud over de overordnede sundheds- og rammeaftaler, laves konkrete aftaler mellem de enkelte familieambulatorier og kommunerne med afsæt i sundhedsaftalerne. Begge parter har ansvar for at sikre, at de sociale og sundhedsfaglige indsatser gensidigt understøtter hinanden. Den gravide kan fx have behov for sociale foranstaltninger, der understøtter hendes deltagelse i møder og undersøgelser i familieambulatoriet. I nogle situationer vil det af ressourcemæssige årsager være relevant for den gravide at lade sig repræsentere af sin gennemgående kontaktperson i fx netværksmøder. Der kan også være behov for, at den behandlingsansvarlige læge på familieambulatoriet, deltager i koordinationsmøder og netværksmøder i kommunen. En konkret samarbejdsaftale

## § Forebygge sociale problemer

Lov om social service § 1

Formålet med denne lov er

- 1) at tilbyde rådgivning og støtte for at forebygge sociale problemer,
- 2) at tilbyde en række almene serviceydelser, der også kan have et forebyggende sigte, og
- 3) at tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Stk. 2. Formålet med hjælpen efter denne lov er at fremme den enkeltes mulighed for at udvikle sig og for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.

Stk. 3. Hjælpen efter denne lov bygger på den enkeltes ansvar for sig selv og sin familie og på den enkeltes ansvar for at udvikle sig og udnytte egne potentialer, i det omfang det er muligt for den enkelte. Hjælpen tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte. Afgørelse efter loven træffes på baggrund af faglige og økonomiske hensyn

[Find Lov om social service på retsinformation.dk](#)

kan understøtte en tydelig rolle- og ansvarsfordeling ved at beskrive, hvem der gør hvad på hvilke tidspunkter i forløbet.

I de tilfælde, hvor den gravide flytter til en anden kommune eller region, bør der fortsat være fokus på en tæt og god kommunikation med den gravide. Desuden bør der være opmærksomhed på evt. behov for inddragelse af nye, centrale samarbejdspartnere.

## Centrale elementer i samarbejdsaftale mellem region og kommune

- Udpegelsen af en koordinator for hvert forløb
  - Hvilken aktør skal koordinatoren komme fra?
  - Forventningsafstemning om koordinatrorollen
  - Hvor lang tid forventes koordinatoren at varetage rollen?
- Netværksmøder
  - Hvem indkalder til netværksmøder
  - Hvor mange netværksmøder bør der minimum være, og hvornår i den gravides forløb bør de ligge?
  - Hvornår og hvordan skal møderne varsles?
  - Hvem har pligt til at deltage i møderne?
  - Hvem bør i øvrigt inviteres til møderne?
- Inddragelse af den gravide og evt. partner
  - Hvem oplyser og inddrager løbende den gravide og evt. partner i muligheder og beslutninger?
  - Hvem sørger for den gravides samtykke til at dele oplysninger?
  - Hvornår og hvordan inddrages den gravides øvrige netværk?
  - Opmærksomhed på, at der sammen med eller på vegne af familien skal kunne prioriteres i indsatserne fra de forskellige fagpersoner, så parret ikke overvældes.
- Indsatsplaner
  - Hvad skal indsatsplanerne indeholde?
  - Hvem skriver dem?
  - Hvem iværksætter hvilken indsats?
  - Hvilken støtte kan den gravide tilbydes og af hvem og hvornår?
  - Hvem følger op på indsatsplanerne og hvornår?
  - Hvem undersøger, om indsatserne og planen skal justeres, så den passer til den gravides/parrets/familiens aktuelle behov?
  - Deling af relevante oplysninger med relevante aktører
- Overgange
  - Hvordan sikres smidige overgange for den gravide/parret/familien?
  - Hvem følger op på, at de aftalte indsatser er igangsat til tiden?
- Hvem er kontaktpersoner hos de forskellige aktører, og hvordan kan de kontaktes?

### + Praksiseksempel

Region Syddanmark og tilhørende kommuner, har en samarbejdsaftale om gravide og børn tilknyttet familieambulatoriet (32). Her er opgaver og ansvarsfordeling beskrevet i alle faser af samarbejdet; dvs. før graviditet, under graviditeten, under- og efter fødslen samt i opfølgningen på barnet. Derudover er der skabeloner til samtykkeerklæringer og udveksling af oplysninger mellem sektorerne.

Koordinering internt i en kommune kan understøttes ved at etablere et fast team med specifik viden om målgruppen af gravide med rusmiddelproblematikker. I mindre kommuner med sjælden kontakt til målgruppen kan der udpeges en videns- og ressourceperson, som løbende holder sig ajour på området, og som kender til kontaktpersoner i fx familieambulatoriet. Teamet eller tovholderen kan med fordel være kendt blandt relevante faggrupper og fagpersoner i kommunen eller lokale civilsamfundsorganisationer med kontakt til socialt udsatte borgere, sådan at de ved, hvem de kan kontakte, når de møder en kvinde i målgruppen.

# 5. ØKONOMISK FORLØBSANALYSE



Socialstyrelsen har udarbejdet en økonomisk forløbsanalyse, der belyser, hvilke direkte og afledte offentlige udgifter, der potentielt kan forventes at være forbundet med forskellige typer af forløb for udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug.

Formålet med den økonomiske forløbsanalyse er at belyse om der, ud over de menneskelige effekter, også er et økonomisk potentiale for kommuner og det offentlige samlet set ved at tilbyde en koordineret rusmiddel- og familiebehandling til målgruppen. Den økonomiske forløbsanalyse skal dermed imødekomme en del af kommunale lederes vidensbehov i forbindelse med beslutningsprocesser.

## 5.1 Opsummering af analysens resultater

Opgørelsen af målgruppens offentlige livsforløbsudgifter viser, at målgruppen af gravide kvinder i rusmiddelbehandling og deres børn har et væsentligt højere træk på de offentlige kasser fra påbegyndt graviditet til barnets 12. leveår sammenlignet med øvrige gravide kvinder og deres børn.

De højere offentlige udgifter for målgruppen er særligt drevet af et højere forbrug af sociale foranstaltninger for børnene og et højere forbrug af indkomstoverførsler og sociale serviceydelser for de gravide kvinder/mødrene. Da kommunen afholder hovedparten af disse typer af udgifter, er det også kommunerne, der bærer hovedparten af udgifterne forbundet med målgruppen.

Den økonomiske forløbsanalyse viser, at der, ved at iværksætte koordineret rusmiddel- og familiebehandling over for målgruppen, potentielt er en række lavere afledte offentlige udgifter i barnets 3.-12. leveår, sammenlignet med ikke at iværksætte koordineret rusmiddel- og familiebehandling i samme periode. Dette er dog under forudsætning af, at forløb med koordineret rusmiddel- og familiebehandling medfører, at den gravide kvinde/moderen bliver færdigbehandlet i rusmiddelbehandlingen.

De afledte offentlige udgifter er særligt drevet af et mindre forbrug af sociale foranstaltninger til børn af

gravide kvinder i rusmiddelbehandling. Der forventes også lavere afledte offentlige udgifter forbundet med sociale serviceydelser, indkomstoverførsler og sundhedsydelser samt højere indbetalinger af skat af indkomst for mødrene.

De lavere afledte offentlige udgifter i barnets 3.-12. leveår, der forventes at følge af koordineret rusmiddel- og familiebehandling, mere end forventes at opveje de direkte omkostninger, der er forbundet med at tilbyde koordineret rusmiddel- og familiebehandling som ambulantly behandling fra påbegyndt graviditet til og med barnets 2. leveår. Der er dermed et økonomisk rationale i at iværksætte koordineret rusmiddel- og familiebehandling, som en ambulantly behandling til målgruppen, når der ses over perioden fra påbegyndt graviditet til og med barnets 12. leveår.

De afledte offentlige udgifter i barnets 3.-12. leveår, der forventes at følge af koordineret rusmiddel- og familiebehandling, opvejer dog ikke de direkte omkostninger forbundet med koordineret rusmiddel- og familiebehandling som døgnbehandling. Dette skyldes, at de direkte omkostninger forbundet med koordineret rusmiddel- og familiebehandling som døgnbehandling, er væsentligt højere sammenlignet med koordineret rusmiddel- og familiebehandling som ambulantly behandling, hvorfor de dermed ikke kan opvejes af afledte offentlige udgifter i den periode disse medregnes i den økonomiske forløbsanalyse (barnets 3.-12. leveår).

Der kan dog potentielt være relativt færre afledte offentlige udgifter, hvis der medregnes offentlige udgifter efter barnets 12. leveår, eller hvis der medregnes offentlige udgifter på andre områder end de, der fremgår af denne analyse. Dette vil være med til at gøre det mere fordelagtigt at iværksætte koordineret rusmiddel- og familiebehandling – både som ambulantly behandling og som døgnbehandling.

Desuden er den økonomiske forløbsanalyse budgetøkonomisk, hvorfor den ikke medtager værdien af forbedret livskvalitet og trivsel. Resultatet af den økonomiske forløbsanalyse skal derfor ses i relation til den personlige effekt, koordineret rusmiddel- og familiebehandling, har for de udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug og deres børn, der modtager et sådant forløb.

## 5.2 Livsforløbsudgifter for målgruppen

Målgruppens livsforløbsudgifter er i denne forløbsbeskrivelse afgrænset til at omfatte de gennemsnitlige offentlige udgifter, der er forbundet med gravide kvinder i rusmiddelbehandling og deres børn.

Der er medregnet udgifter for de offentlige ydelser og aktiviteter, der er omfattet af Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM). Til opgørelse af de offentlige udgifter er der gjort brug af enhedspriser, forbundet med de enkelte offentlige ydelser og aktiviteter, som fremgår af SØMs vidensdatabase. For nærmere specifikation af de enkelte offentlige ydelser og aktiviteter samt deres respektive enhedspriser se SØM, version 3.0.

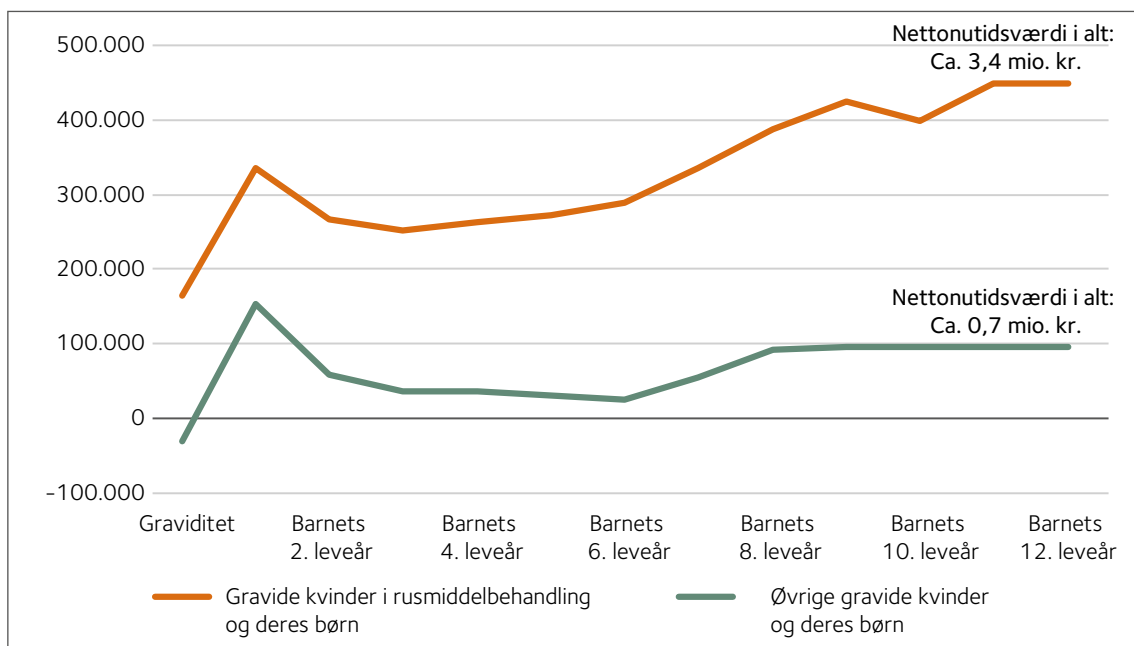
Målgruppen er afgrænset til at omfatte gravide kvinder, der under deres graviditet har været i enten alkohol- eller stofmisbrugsbehandling, jf. Sundhedslovens §§ 141

og 142, og deres børn. For nærmere afgrænsning af målgruppen se *Bilag 5*.

Det er væsentligt at pointere, at målgruppen for denne forløbsbeskrivelse kun er overlappende med den registerafgrænsede målgruppe, da den registerafgrænsede målgruppe omfatter gravide kvinder i rusmiddelbehandling. Målgruppen for forløbsbeskrivelsen udgør derimod udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug, herunder uafhængigt af, om de er i rusmiddelbehandling eller ej. Når den registerafgrænsede målgruppe alligevel anvendes i den økonomiske forløbsanalyse, skyldes det, at rusmiddelbehandlingsregistre er en af de eneste måde at påvise målgruppens progression i. Desuden er det svært at afgrænse udsathed i de nationale registre, medmindre man modtager en social ydelse eller indsats.

Der medregnes offentlige udgifter fra påbegyndt graviditet til barnets 12. leveår, da de nationale registre for nuværende ikke muliggør, at der medregnes offentlige udgifter over en længere tidshorizont.

**Figur 4:** Gennemsnitlige offentlige udgifter forbundet med gravide kvinder i rusmiddelbehandling, og deres børn samt øvrige gravide og deres børn i perioden på leveår Kr., 2021-priser



**Anm.:** Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Barnets 1. leveår angiver det kalenderår, hvor barnet er født. Der er medregnet offentlige udgifter forbundet med de offentlige ydelser og aktiviteter, der indgår i Den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM, version 3.0, fra barnets 1.-12. leveår. N = 67-724.648.

**Kilde:** Baseret på oplysninger fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen vedrørende udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.



De offentlige udgifter for gravide kvinder i rusmiddelbehandling og deres børn er væsentligt højere (i alt ca. 3,4 mio. kr.) sammenlignet med offentlige udgifter for øvrige gravide kvinder deres børn (i alt ca. 0,7 mio. kr.), jf. Figur 4.

Særligt i skolealderen (barnets 7.-12. leveår) er de offentlige udgifter forbundet med gravide kvinder i rusmiddelbehandling og deres børn væsentlige højere, sammenlignet med offentlige udgifter for øvrige gravide kvinder og deres børn.

Det er særligt kommunerne, der har højere udgifter forbundet med gravide kvinder i rusmiddelbehandling og deres børn sammenlignet med udgifterne forbundet med øvrige gravide kvinder og deres børn, jf. Figur 5.

Kommunernes udgifter forbundet med gravide kvinder i rusmiddelbehandling og deres børn er næste syv gange højere sammenlignet med kommunernes udgifter forbundet med øvrige gravide kvinder og deres børn.

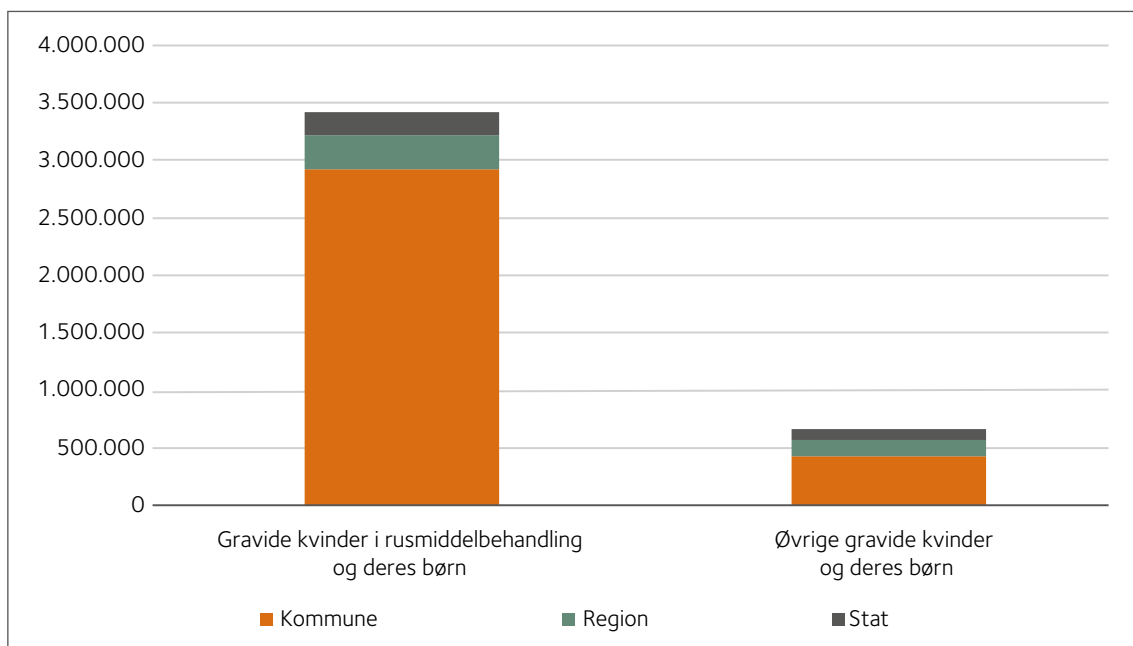
Statens og regionernes udgifter forbundet med gravide kvinder i rusmiddelbehandling og deres børn er ligeledes højere sammenlignet med deres respektive udgifter forbundet med øvrige gravide kvinder og deres børn.

Det er særligt udgifterne forbundet med sociale foranstaltninger til børn og unge under 18 år, fx anbringelse, der er højere for børn af gravide kvinder i rusmiddelbehandling sammenlignet med børn af øvrige gravide kvinder, jf. Figur 6.

Udgifterne, forbundet med sociale foranstaltninger til børn og unge under 18 år for børn af gravide kvinder i rusmiddelbehandling, er næsten 27 gange højere sammenlignet med de samme udgifter for børn af øvrige gravide kvinder.

Det samme gør sig gældende for udgifterne forbundet med indkomstoverførsler, sociale serviceydelser på voksenområdet og beskæftigelsesindsatser, der er væsentligt højere for gravide kvinder i rusmiddelbehandling

**Figur 5:** Gennemsnitlige offentlige udgifter forbundet med gravide kvinder i rusmiddelbehandling og deres børn, og øvrige gravide kvinder og deres børn i alt fordelt på aktører  
Kr., 2021-priser, nutidsværdi (graviditet)



**Anm.:** Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Barnets 1. leveår angiver det kalenderår, hvor barnet er født. Der er medregnet offentlige udgifter forbundet med de offentlige ydelser og aktiviteter, der indgår i Den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM, version 3.0, fra barnets 1.-12. leveår. N = 67-724.648.

**Kilde:** Baseret på oplysninger fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen vedrørende udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

sammenlignet med de samme udgifter for øvrige gravide kvinder. Tilsvarende betaler gravide kvinder i rusmiddelbehandling mindre i skat af indkomst sammenlignet med øvrige gravide kvinder.

## 5.3 Analysens antagelser og forudsætninger

Den økonomiske forløbsanalyse bygger på en række antagelser og forudsætninger om de forløb, der analyseres. Nedenfor beskrives de antagelse og forudsætninger, der ligger bag opgørelsen af de offentlige udgifter forbundet med de specificerede caseforløb.

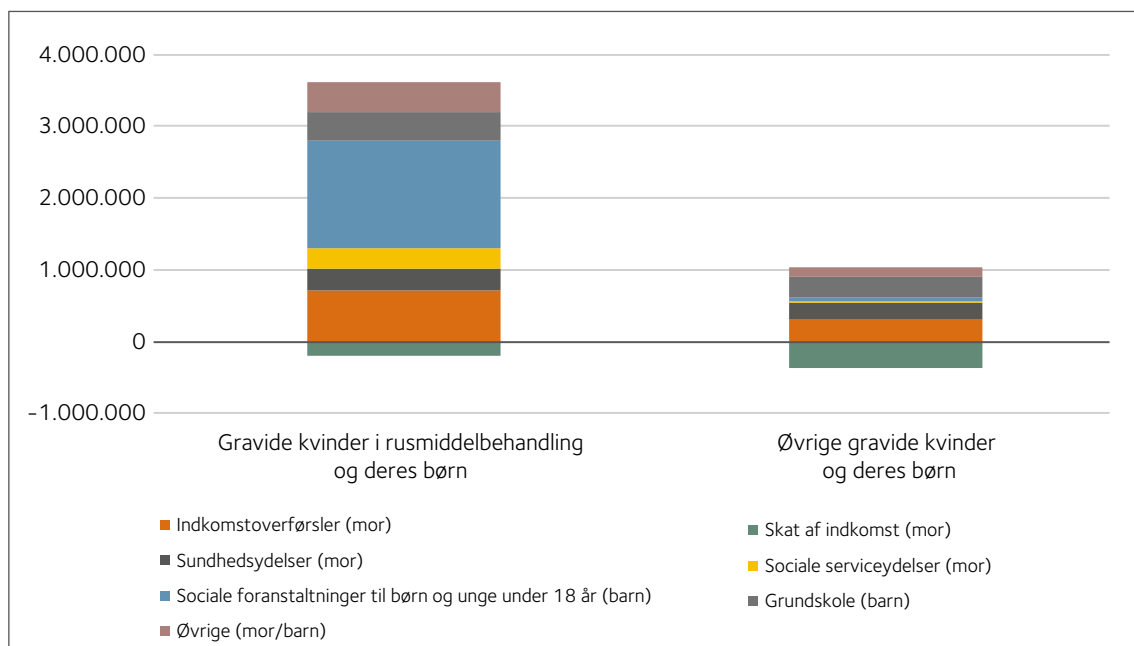
De direkte offentlige udgifter forbundet med de specificerede caseforløb, er i analysen afgrænset til at omfatte udgifter på socialområdet, der imødekommer målgruppens indsatsbehov, og som vedrører den gravide kvinde/moderen og barnet fra påbegyndt graviditet til og med barnets andet leveår.

De afledte offentlige udgifter, er et udtryk for de offentlige udgifter på velfærdsområderne bredt set der potentielt kan forventes at følge af forskellige typer af forløb, herunder fx forbrug af sociale foranstaltninger, indkomstoverførsler og sundhedsydelse, for både moderen og barnet, og medregnes i barnets 3.-12. leveår.

### 5.3.1 Direkte offentlige udgifter forbundet med specificerede caseforløb

De direkte offentlige udgifter forbundet med specificerede forløb i denne økonomiske forløbsanalyse, omfatter de udgifter, der er forbundet med relevante indsatser på socialområdet for gravide med rusmiddelforbrug og deres børn fra påbegyndt graviditet til og med barnets andet leveår. Nedenfor beskrives de tre specificerede forløb for den økonomiske forløbsanalyse samt de overordnede antagelser og forudsætningerne bag opgørelsen af forløbenes udgifter. For en detaljeret gennemgang se *Bilag 5: Beregninger bag de økonomiske forløbsanalyser*.

**Figur 6:** Gennemsnitlige offentlige udgifter forbundet med gravide kvinder i rusmiddelbehandling og deres børn, og øvrige gravide kvinder og deres børn i perioden i alt fordelt på overordnede velfærdsområder (Kr., 2021-priser, nutidsværdi (graviditet))



**Anm.:** Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Barnets 1. leveår angiver det kalenderår, hvor barnet er født. Der er medregnet offentlige udgifter forbundet med de offentlige ydelser og aktiviteter, der indgår i Den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM, version 3.0, fra barnets 3.-12. leveår. N = 67-724.648.

**Kilde:** Baseret på oplysninger fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen vedrørende udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

### Caseforløb 1: Koordineret rusmiddel- og familiebehandling som ambulantly behandling

Det første forløb er et udtryk for det optimale forløb, hvis det vurderes, at den gravide har behov for at modtage koordineret rusmiddel- og familiebehandling som ambulantly behandling.

Det antages, at den gravide i forbindelse med at graviditeten bliver kendt, tilbydes koordineret rusmiddel- og familiebehandling som ambulantly behandling, og at hun modtager dette i en periode på 3-6 måneder inden fødsel til og med barnets andet leveår.

Det antages desuden, at moderen støttes praktisk og pædagogisk med forælderrollen i eget hjem i samme periode, ligesom det antages, at moderen modtager familiebehandling af to omgange.

### Caseforløb 2: Koordineret rusmiddel- og familiebehandling som døgnbehandling

Det andet forløb er et udtryk for det optimale forløb, hvis det vurderes, at den gravide kvinde har behov for at modtage koordineret rusmiddel- og familiebehandling som døgnbehandling.

Det antages, at den gravide kvinde i forbindelse med at graviditeten bliver kendt, tilbydes koordineret rusmiddel- og familiebehandling som døgnbehandling, og at hun modtager dette i en periode på 3-6 måneder inden fødsel til 6-12 måneder efter fødsel.

Efter endt døgnbehandling antages det, at moderen modtager ambulantly rusmiddelbehandling indtil barnet fylder to år samtidig med, at hun støttes praktisk og pædagogisk med forælderrollen i eget hjem og modtager ambulantly familiebehandling af én omgang.

### Caseforløb 3: Manglende koordineret rusmiddel- og familiebehandling

Det tredje forløb er et udtryk for det forløb, der ønskes undgået for målgruppen.

Det antages, at den gravide kvinde/moderen i forbindelse med at graviditeten bliver kendt, bliver tilbudt ambulantly rusmiddelbehandling, som hun ikke kan fastholdes i, og som hun derfor ryger ind og ud af.

## 5.3.2 Afledte offentlige udgifter, der forventes at følge af specificerede caseforløb

Afledte offentlige udgifter omfatter i denne økonomiske forløbsanalyse de indirekte ændringer i forbruget af offentlige ydelser og aktiviteter, der forventes at følge forskellige typer af forløb for udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug og deres børn.

De offentlige udgifter er beregnet i de nationale registre ud fra en målgruppe, der ligner målgruppen for forløbsbeskrivelsen, og et succesmål, der ligner succesmålet for det optimale forløb for målgruppen. Nedenfor beskrives de centrale antagelser og forudsætningerne bag opgørelsen af de afledte offentlige udgifter forbundet med forløbene. For en detaljeret gennemgang se *Bilag 5: Beregninger bag de økonomiske forløbsanalyser*.

Målgruppen er afgrænset til at omfatte gravide, der under deres graviditet har været i enten alkohol- eller stofmisbrugsbehandling, jf. Sundhedslovens §§ 141 og 142, hvilket følger den samme afgrænsningsmetode, der er blevet anvendt til at opgøre målgruppens livsforløbsudgifter.

Det er væsentligt at pointere, at målgruppen for denne forløbsbeskrivelse kun er overlappende med den registerafgrænsede målgruppe, da den registerafgrænsede målgruppe omfatter gravide i rusmiddelbehandling. Målgruppen for forløbsbeskrivelsen udgør derimod udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug, herunder uafhængigt af, om de er i rusmiddelbehandling eller ej. Når den registerafgrænsede målgruppe alligevel anvendes i den økonomiske forløbsanalyse, skyldes det, at rusmiddelbehandlingsregistrene er en af de eneste måder at påvise målgruppens progression på. Desuden er det svært at afgrænse udsathed i de nationale registre, medmindre man modtager en social ydelse eller indsats.

Succesmålet er afgrænset til at omfatte gravide kvinder/mødre, der enten under graviditeten eller i barnets første to leveår er registeret som færdigbehandlet efter minimum ét rusmiddelbehandlingsforløb. Dette succesmål er anvendt, da det vurderes som værende et af de primære succesmål, hvor potentialet er forbundet med at tilbydes udsatte gravide med et skadeligt rusmid-

delforbrug og deres børn, en koordineret rusmiddel- og familiebehandling.

En central antagelse i den økonomiske forløbsanalyse er, at de optimale forløb (caseforløb 1 og 2) forventes at medføre, at den gravide kvinde/moderen afslutter rusmiddelbehandlingen som færdigbehandlet. Omvendt forventes forløbet, der ønskes undgået (caseforløb 3) at medføre, at den gravide/moderen ikke bliver færdigbehandlet i rusmiddelbehandlingen.

Det er væsentligt at pointere, at der ikke er viden om, hvorvidt det optimale forløb medfører, at den gravide/moderen bliver færdigbehandlet i rusmiddelbehandlingen, men at det er det bedste bud på et relevant succesmål forbundet med et godt forløb for gravide/mødre i målgruppen.

Hvorvidt den gravide/moderen blive færdigbehandlet med sin rusmiddelbehandling eller ej har betydning for det fremadrettede forbrug af offentlige ydelser og

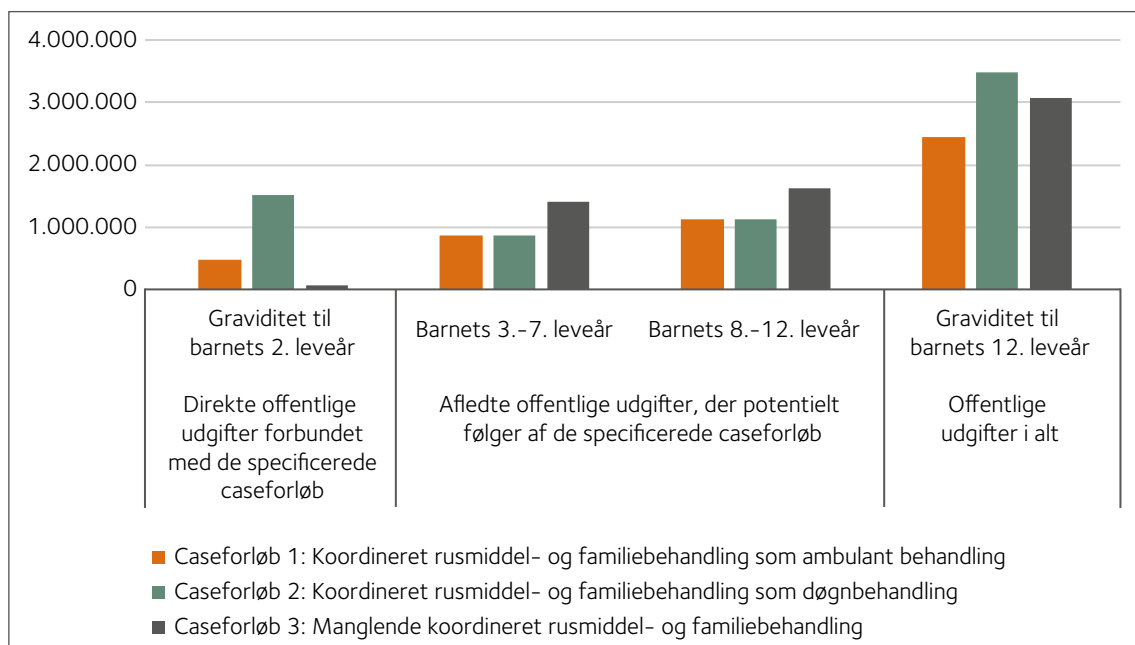
aktiviteter, som følges for både barnet og moderen fra barnets tredje til 12. leveår.

Der medregnes afledte offentlige udgifter inden for følgende overordnede velfærdsområder:

- Grundskole (kun barn)
- Sociale foranstaltninger til børn og unge under 18 år (kun barn)
- Beskæftigelsesindsatser (kun mor)
- Indkomstoverførsler (kun mor)
- Skat af indkomst (kun mor)
- Ungdoms- og voksenuddannelse (kun mor)
- Efterværn (kun mor)
- Sociale serviceydelser for voksne over 17 år (kun mor)
- Politi, retsvæsen og kriminalforsorg (kun mor)
- Sundhedsydelser (både mor og barn)

Der kan potentielt også være afledte offentlige udgifter for far/partner, som følger af, at moderen bliver færdig-

**Figur 7:** Offentlige udgifter forbundet med forskellige caseforløb for udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug og deres børn fordelt på aldersintervaller og i alt Kr., 2021-priser, nutidsværdi (graviditet)



**Anm.:** Egne beregninger på baggrund af input om de forskellige caseforløb fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Barnets 1. leveår angiver det kalenderår, hvor barnet er født. Der er medregnet direkte offentlige udgifter forbundet med de specificerede caseforløb på socialområde fra påbegyndt graviditet til og med barnets andet leveår, mens der er medregnet afledte offentlige udgifter, der potentielt følger af de specificerede caseforløb for de offentlige ydelser og aktiviteter, der indgår i Den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM, fra barnets tredje til 12. leveår. N = 26-773.

**Kilde:** Baseret på oplysninger fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen vedrørende udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

behandlet i rusmiddelbehandling. Disse afledte offentlige udgifter er dog udeladt i denne analyse for at reducere analysen kompleksitet.

Til opgørelse af de offentlige udgifter er der gjort brug af definitionerne for offentlige ydelser og aktiviteter i SØM samt enhedspriser, forbundet med de enkelte offentlige ydelser og aktiviteter, der fremgår af SØMs vidensdatabase. For nærmere specifikation af de enkelte offentlige ydelser og aktiviteter samt deres respektive enhedspriser se SØM, version 3.0.

## 5.4 Analysens resultater

Resultaterne af den økonomiske forløbsanalyse fremgår nedenfor.

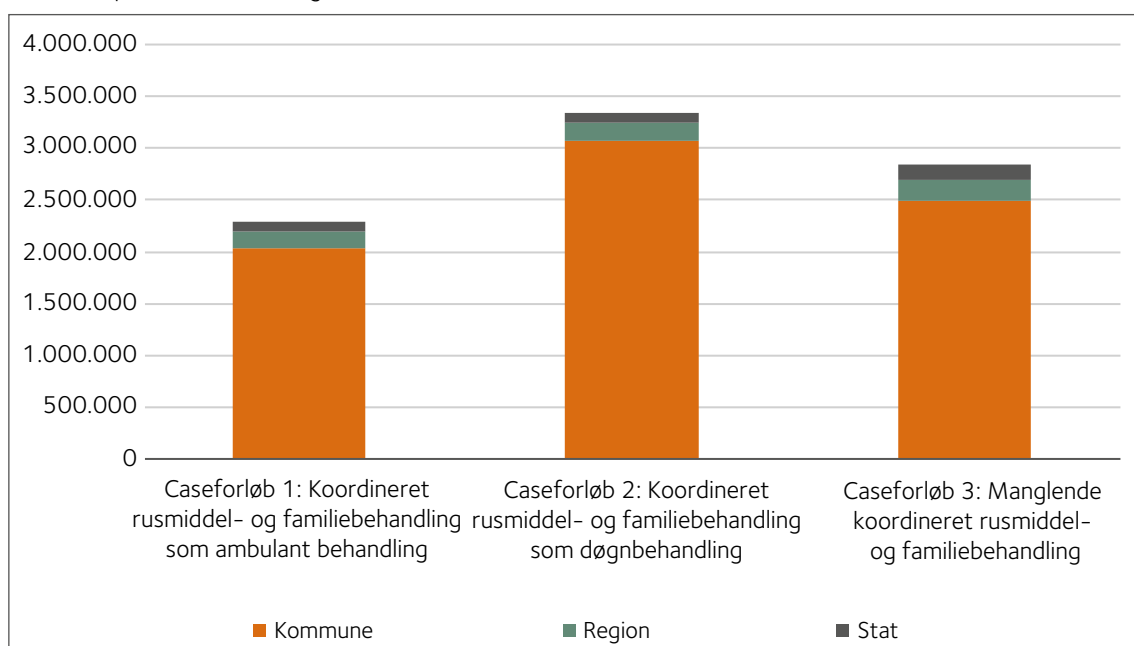
De direkte offentlige udgifter forbundet med caseforløb 1 og 2 er væsentligt højere sammenlignet med de samme offentlige udgifter forbundet med caseforløb 3, jf.

Figur 7. Dette skyldes, at den gravide kvinde/moderen og barnets modtager en relativt dyr koordineret rusmiddel- og familiebehandling, der forventes at understøtte den gravide kvinde/moderen i at deltage i rusmiddelbehandling og opbygge kompetencer i rollen som forælder.

De direkte offentlige udgifter på socialområdet forbundet med scenarierne for caseforløb 1 og 2 fra påbegyndt graviditet til barnets 2. leveår, beløber sig til ca. 0,5 mio. kr. og ca. 1,5 mio. kr., mens de samme offentlige udgifter, forbundet med scenariet for forløb 3 fra påbegyndt graviditet til barnets 2. leveår, beløber sig til ca. 60.000 kr.

Det ses desuden, at de afledte offentlige udgifter, der potentielt er forbundet med caseforløb 1 og 2, hvis den gravide kvinde/moderen bliver færdigbehandlet med rusmiddelbehandlingen, er lavere end de afledte offentlige udgifter forbundet med caseforløb 3. Dette skyldes, at moderen og barnet i caseforløb 1 og 2 forventes at have et mindre forbrug af offentlige ydelser og aktivi-

**Figur 8:** Offentlige udgifter forbundet med forskellige caseforløb for udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug og deres børn i alt fordelt på aktører  
Kr., 2021-priser, nutidsværdi (graviditet)



**Anm.:** Egne beregninger på baggrund af input om de forskellige caseforløb fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Barnets 1. leveår angiver det kalenderår, hvor barnet er født. Der er medregnet direkte offentlige udgifter forbundet med de specificerede caseforløb på socialområde fra påbegyndt graviditet til og med barnets andet leveår, mens der er medregnet afledte offentlige udgifter, der potentielt følger af de specificerede caseforløb for de offentlige ydelser og aktiviteter, der indgår i Den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM, fra barnets tredje til 12. leveår. N = 26-773.

**Kilde:** Baseret på oplysninger fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen vedrørende udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

teter fra barnets 3. leveår, såfremt den gravide kvinde/moderen bliver færdigbehandlet i rusmiddelbehandling i perioden fra påbegyndt graviditet til og med barnets andet leveår.

De afledte offentlige udgifter på velfærdsområderne generelt set, der potentielt er forbundet med caseforløb 1 og 2 fra barnets 3.-12. leveår, beløber sig til ca. 2 mio. kr., mens de samme offentlige udgifter, forbundet med caseforløb 3 fra barnets 3.-11. leveår, beløber sig til ca. 3 mio. kr.

Samlet set beløber de offentlige udgifter fra påbegyndt graviditet til barnets 12. leveår forbundet med caseforløb 1 og 2 sig til henholdsvis ca. 2,5 mio. kr. og ca. 3,5 mio. kr., mens de offentlige udgifter, forbundet med caseforløb 3 fra påbegyndt graviditet til barnets 12. leveår, beløber sig til ca. 3,1 mio. kr.

Når der ses på de samlede offentlige udgifter fra påbegyndt graviditet til barnets 12. leveår, er der dermed et økonomisk potentiale ved at iværksætte koordineret rusmiddel- og familiebehandling som ambulante behandling (caseforløb 1). De samlede offentlige udgifter forbundet med at iværksætte koordineret rusmiddel- og familiebehandling som døgnbehandling (caseforløb 2) er dog en smule højere sammenlignet med de samlede offentlige udgifter, forbundet med manglende koordineret rusmiddel- og familiebehandling (caseforløb 3).

Stort set alle de offentlige udgifter i alle tre forløb (hvh. 89 pct. i caseforløb 1, 92 pct. i caseforløb 2 og 88 pct. i caseforløb 3) afholdes af kommunen, jf. Figur 8.

Kommunernes udgifter forbundet med caseforløb 1 og 2 beløber sig til henholdsvis ca. 2,3 mio. kr. og ca. 3,3 mio. kr., mens kommunernes udgifter forbundet med caseforløb 3 beløber sig til ca. 2,9 mio. kr.

Et barn i caseforløb 1 og 2 har væsentligt lavere offentlige udgifter forbundet med sociale foranstaltninger til børn og unge under 18 år, fx anbringelse, sammenlignet med et barn i caseforløb 3, såfremt den gravide kvinde/moderen i caseforløb 1 og 2 bliver færdigbehandlet i rusmiddelbehandling, jf. Figur 9.

De afledte offentlige udgifter forbundet med sociale foranstaltninger til børn og unge under 18 år er ca. 0,7 mio. kr. i caseforløb 1 og 2, og ca. 1,4 mio. kr. i caseforløb 3. De afledte offentlige udgifter forbundet med sociale foranstaltninger til børn og unge under 18 år er dermed cirka dobbelt så høje i caseforløb 3 sammenlignet med i caseforløb 1 og 2.

En gravid kvinde/mor i caseforløb 1 og 2 har desuden væsentligt lavere offentlig udgifter forbundet med sociale serviceydelser på voksenområdet, indkomstoverførsler og beskæftigelsesindsatser samt større indbetalinger af skat at indkomst.

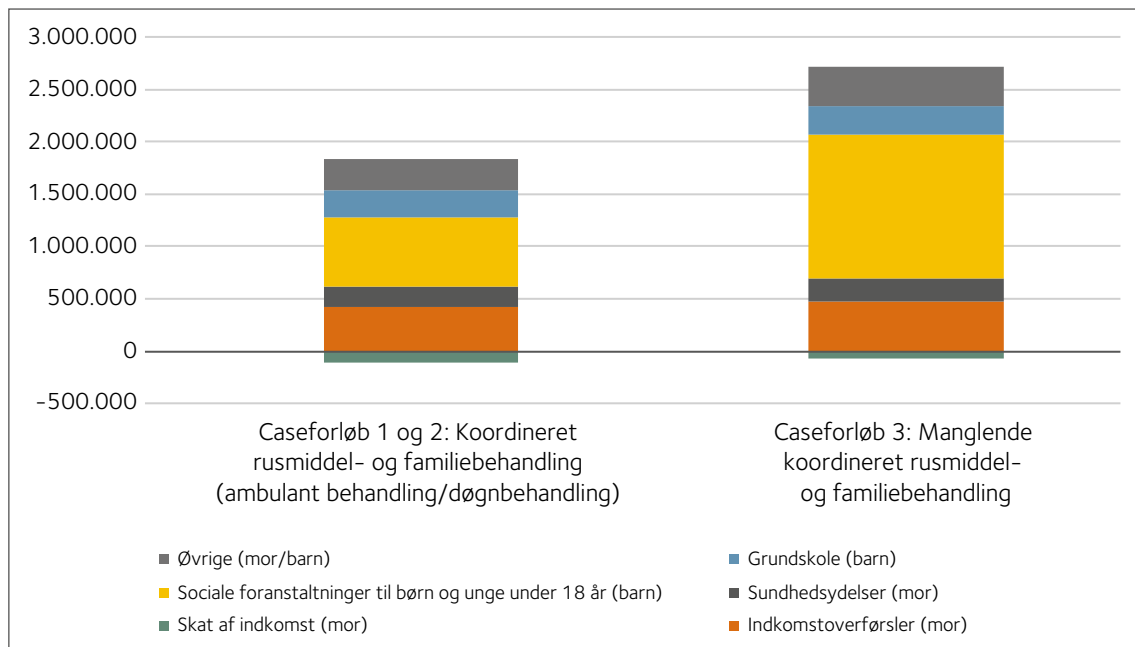
Omvendt har en gravid kvinde/mor i caseforløb 1 og 2 potentielt højere offentlige udgifter forbundet med ungdoms- og voksenuddannelse, da hun i højere grad påbegynder en ungdoms- eller voksenuddannelse, såfremt hun bliver færdigbehandlet i rusmiddelbehandling.

Det er væsentligt at pointere, at resultaterne i den økonomiske forløbsanalyse bygger på en række antagelser om de indsatser, der ydes i de definerede caseforløb, og de afledte offentlige udgifter, der forventes at følge af de forskellige typer af forløb. Hvis disse antagelser ændres, vil resultatet også ændres.

Der er desuden kun medregnet afledte offentlige udgifter i barnets 3.-12. leveår, hvorfor der kan være afledte offentlige udgifter i årene efter barnets 12. leveår, der dog ikke er medregnet i denne økonomiske forløbsanalyse, da der endnu ikke forligger viden om disse potentielle afledte offentlige udgifter i de nationale registre. Der kan også være afledte offentlige udgifter forbundet med andre offentlige ydelser og aktiviteter end de, der fremgår af denne analyse.

Denne økonomiske forløbsanalyse er budgetøkonomisk, hvorfor den ikke medtager værdien af forbedre livskvalitet og trivsel. Resultatet af den økonomiske forløbsanalyse skal derfor ses i relation til den personlige effekt koordineret rusmiddel- og familiebehandling har for de udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug og deres børn, der modtager et sådant forløb.

**Figur 9:** Afledte offentlige udgifter, der potentielt er forbundet med forskellige caseforløb for udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug og deres børn i alt fordelt på overordnede velfærdsområder Kr., 2021-priser, nutidsværdi (graviditet)



**Anm.:** Egne beregninger på baggrund af input om de forskellige caseforløb fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Barnets 1. leveår angiver det kalenderår, hvor barnet er født. Der er medregnet direkte offentlige udgifter forbundet med de specificerede caseforløb på socialområde fra påbegyndt graviditet til og med barnets andet leveår, mens der er medregnet afledte offentlige udgifter, der potentielt følger af de specificerede caseforløb for de offentlige ydelser og aktiviteter, der indgår i Den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM, fra barnets tredje til 12. leveår. N = 26-773.

**Kilde:** Baseret på oplysninger fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen vedrørende udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

# 6. ANVENDELSE AF OG OPFØLGNING PÅ FORLØBSBESKRIVELSE





For at forløbsbeskrivelsen får en positiv effekt på den samlede indsats over for udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug, er det afgørende, at den følges op med en aktiv og systematisk implementering.

Den maksimale anvendelsesgrad opnås ved implementering på både nationalt og lokalt niveau. Det nationale niveau varetages af Socialstyrelsen, som vil have fokus på at formidle kendskabet til forløbsbeskrivelsens anbefalinger og indhold, dels gennem målrettede artikler i relevante fagblade, oplæg og deltagelse på udvalgte målgrupperelevante konferencer, temadag og netværksmøder m.m. På det lokale niveau må kommunerne have fokus på at konkretisere og omsætte forløbsbeskrivelsen i lokal praksis.

Den enkelte kommune har ansvar for at inddrage specialiserede tilbud og vidensmiljøer med henblik på at kunne sammensætte helhedsorienterede og sammenhængende forløb på tværs af fagligheder, specialiseringsniveauer og organisatoriske skel. Der kan i den forbindelse være behov for tværkommunalt samarbejde, som det fremgår af *afsnit 4.2*. Det forventes ikke, at hver enkelt kommune råder over specialiserede tilbud og vidensmiljøer til målgruppen.

Socialstyrelsen anbefaler, at kommunerne tager afsæt i forløbsbeskrivelsens anbefalinger og anvender dem i tilrettelæggelsen af indsatser til udsatte gravide kvinder med skadeligt rusmiddelforbrug.

## 6.1 Implementering af forløbsbeskrivelsen

Forløbsbeskrivelsen forudsætter, at den anvendes i et tværkommunalt og -sektorielt samarbejde. For at kunne opretholde en tilbudsstruktur, der kan levere indsatser på et specialiseret niveau, anbefales det, at kommuner, sygehuse, behandlingstilbud og relevante fagfolk samarbejder om at anvende forløbsbeskrivelsen, f.eks. når en gravid med skadeligt rusmiddelforbrug mødes og interagerer med fagprofessionelle på tværs af sektorer og ressortområder.

Anvendelsen af forløbsbeskrivelsen tværkommunalt og tværsektorielt kan ske via strategiske alliancer, samarbejdsaftaler og organisatoriske strukturer, som understøtter samarbejdet på tværs af kommuner, regioner og stat. Herunder de regionale ramme- og sundhedsaftaler samt lokale aftaler om koordineringsprocedurer, videndelings- og kommunikationssystemer.

## 6.2 Opfølgning på forløbsbeskrivelsens anvendelse

Socialstyrelsen følger op på kendskabet til og anvendelsen af forløbsbeskrivelsen 6 – 12 måneder efter udgivelsen ved hjælp af en spørgeskemaundersøgelse, der sendes ud til relevante forvaltninger i kommunalt og regionalt regi. Opfølgningen kan bidrage til at styrke brugen af forløbsbeskrivelsen på det mest specialiserede socialområde og understøtte fortsat praksisudvikling til gavn for målgruppen. Forløbsbeskrivelsen revideres senest ved udgangen af 2025.

# 7. REFERENCER



1. Socialstyrelsen. *Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling*. 2020.
2. Helsedirektoratet. *Rapport om konsekvenser for fosteret/barnet ved bruk av rusmidler/avhengighetsskapende legemidler i svangerskapet*. 2015.
3. Sundhedsstyrelsen. Graviditet og stoffer. [Online] 2019. [www.sst.dk](http://www.sst.dk). Accessed 7. september, 2021.
4. Socialstyrelsen. *Central udmelding for udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelbrug*. 2019.
5. Social- og indenrigsministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet. *Arbejdsgruppe om gravide med et forbrug og misbrug af rusmidler*. s.l. : Kolofon, 2015.
6. Rutman, Deborah, et al. Multi-service prevention programs for pregnant and parenting women with substance use and multiple vulnerabilities: Program structure and clients' perspectives on wraparound programming. *BMC Pregnancy And Childbirth* (20(1)). 2020, s. 1-14.
7. Villumsen, Anne Marie Anker. *Helhedsorienteret socialt arbejde med udsatte familier*. s.l. : Akademisk Forlag, 2018.
8. Furuholmen, Kristin Gudnor og Sjøvold, Mette Sund. *De mindste barnas stemme*. s.l. : Universitetsforlaget, 2020.
9. WHO. Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. *World Health Organization*. 2014.
10. Sundhedsstyrelsen. *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer - Familieambulatoriets interventionsmodel*. 2010.
11. Dahl, Helle Vibeke og Hecksher, Dorte. *Graviditet og misbrug - belyst ud fra kvindernes perspektiv. Analyse af 26 livs- og behandlingshistorier* - view. s.l. : Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, 2007.
12. Holm, H.E. Gravide og småbarnsforeldre med rusproblemer : Tidlig og riktig hjelp i fokus. *SPOR*. nr. 2 , 2011, 20-21.
13. Sundhedsstyrelsen. *Anbefalinger for svangreomsorgen*. 2021.
14. Socialstyrelsen. *En forstærket indsats over for gravide stofmisbrugere*. 2012.
15. Högberg, Hjärdís, et al. Two screening instruments for collecting alcohol-related information from expectant mothers and fathers: Testing the reliability of the Parent Alcohol Screening Questionnaire and the Social Support for an Alcohol-Free Pregnancy Questionnaire. *Health and Social Care in the community*. 2021.
16. Mathiesen, Ida Holth og Skoland, Kathrine. *Evaluering av opplæringsprogrammet. Tidlig inn - hva har skjedd i kommunene?* s.l. : IRIS, 2016. 054.
17. Sundhedsstyrelsen. *Evaluering af kommunale forsøgsprojekter om gravide og alkohol: Slutevaluering*. s.l. : COWI, 2013.
18. Helsedirektoratet. *Opplæringsprogrammet Tidlig Inn*. [Online] [www.tidliginnsats.forebygging.no](http://www.tidliginnsats.forebygging.no). Accessed 3. december, 2021.
19. Nathoo, Tasnim, et al. Voices from the community: Developing effective community programs to support pregnant and early parenting women who use alcohol and other substances. *First Peoples Child & Family Review*. 2013, Vol. 8 NO. 1.
20. Socialstyrelsen. *Model for udgående og rummelig stofmisbrugsbehandling til de mest udsatte borgere*. 2017.
21. Socialstyrelsen. *Retningslinjer for udarbejdelse og anvendelse af forældrekompetence-undersøgelser*. 2021.

22. Socialstyrelsen. *Kvalitet i sagsbehandlingen – en håndbog i anvendelse af ICS og udredningsværktøjet*. 2018.
23. Brodén, Margareta. *Graviditetens muligheder – en tid hvor relationer skabes og udvikles*. s.l. : Akademisk Forlag, 2007 (2. udgave).
24. Socialstyrelsen. Motiverende Interview. *Socialstyrelsen.dk*. [Online] Socialstyrelsen, 17. 02 2017. [Citeret: 8. april 2022.] [www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk).
25. Harnett, Paul H., et al. Assessing Capacity to Change in High-Risk Pregnant Women: A Pilot Study. *Child Abuse Review*. 2018, 27(1):72-84.
26. Lippestad, Jan Wilhelm, et al. *Utredning av mulig framtidig organisering av Familie for første gang – Nurse Family Partnership i Norge*. s.l. : SINTEF, 2018.
27. Minding the baby. *Metodecentret.dk*. [Online] [Citeret: 04. 10 2021.] [www.metodecentret.dk](http://www.metodecentret.dk).
28. Socialstyrelsen. *Omkostningsvurdering af Minding the Baby*. 2017.
29. Seng, Julia. *Trauma Informed Care in the Perinatal Period*. s.l. : Dunedin Academic Press, 2015.
30. Schottenfeld, Richard S., Moore, Brent og Pantalon, Michael V. Contingency management with community reinforcement approach or twelve-step facilitation drug counseling for cocaine dependent pregnant women or women with young children. *Drug Alcohol Depend*. 2011, (1)48-55.
31. Jones, Hendrée E., Tuten, Michelle og O'Grady, Kevin E. Treating the partners of opioid-dependent pregnant patients: feasibility and efficacy. 2011, (3):170-178.
32. Region Syddanmark og de 22 kommuner. *Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark*. 2018.
33. Socialstyrelsen. *Håndbog for det gode anbringelsesforløb i familiepleje*. 2019 (2. udgave).
34. Wiig, Eli Marie, et al. Substance-dependent women becoming mothers: breaking the cycle of adverse childhood experiences. *Child & Family Social Work*. 2014(22):26-35.
35. Wiig, Eli Marie, Halså, Astrid og Haugland, Bente Storm Mowatt. Social support available for substance-dependent mothers from families with parental substance abuse. *Child & Family Social Work*. 2016(22):1246-1254.
36. Social- og Indenrigsministeriet. *Socialpolitisk Redegørelse 2019*. København : Social- og Indenrigsministeriet, 2019.
37. Social- og Indenrigsministeriet. *Socialpolitisk Redegørelse 2020*. København : s.n., 2020.
38. Arbejde, KFUKS Sociale. Reden København. [Online] [www.kfuksa.dk](http://www.kfuksa.dk). Accessed 7. december, 2021.
39. Socialstyrelsen. VISO. [Online] [www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk). Accessed 8. december, 2021.
40. Socialstyrelsen. *Forløbsbeskrivelse: Børn og unge med sjældne handicap – Aldersgruppe 0-25 år*. 2019.
41. Socialstyrelsen. Adoption uden samtykke – et vejlednings- og inspirationsmateriale til sagsbehandlere. *Socialstyrelsen.dk*. [Online] Socialstyrelsen, 2019. [Citeret: 14. December 2021.] [www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk).

# 8. BILAG



## Bilag 1: Om forløbsbeskrivelser

Formålet med forløbsbeskrivelsen er at formidle aktuelt bedste viden om ... med behov for højt specialiserede indsatser på socialområdet. Hermed bidrager forløbsbeskrivelsen til den fremadrettede udvikling af det mest specialiserede socialområde i forhold til børn med følger af rusmiddeleksponering.

Der tages udgangspunkt i højt specialiserede indsatser og tilbud, der har hjemmel i serviceloven og lov om specialundervisning. Disse indsatser skal ofte koordineres med andre indsatser, der ydes i henhold til anden lovgivning som fx sundhedsloven. Forløbsbeskrivelsen har anbefalende karakter og kan ikke forpligte den enkelte kommune i forhold til visitation og fastsættelse af serviceniveauer eller organisering af opgaven mellem kommuner og regioner. Dette afklares lokalt.

### Samarbejdspartnere og interessenter

Forløbsbeskrivelsen er et af de produkter, som ud springer af Socialstyrelsens varetægelse af den nationale koordinationsstruktur, jf. servicelovens § 13b. Det fremgår af lovgrundlaget, at en forløbsbeskrivelse skal udarbejdes af en faglig arbejdsgruppe, som består af medlemmer fra Socialstyrelsen, Kommunernes Landsforening og med deltagelse fra Undervisningsministeriet, når forløbsbeskrivelsen har betydning for området for den mest specialiserede specialundervisning. Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner kan inddrages, hvis forløbet for borgerne indeholder indsatser, som går på tværs af social- og sundhedsområdet. Arbejdsgruppen har således været med til at afgrænse målgruppen, beskrive et godt forløb og indsatser med afsæt i aktuelt bedste viden samt praktiske erfaringer med målgruppen

Følgende organisationer og bidragsydere har indgået i arbejdsgruppen:

- Jordemoder Foreningen – Sane Ravnsbæk og Michelle Kolls
- Dansk Psykologforening – Mette Ryvang Hjortshøj
- Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi – Merete Hein
- Dansk Socialrådgiverforening – Mia Heick
- Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker – Tine Lohmann

- Ph.d. Stud. Center for Rusmiddelforskning V. Århus Universitet – Line Helland Boelskifte
- Sundhedsplejen Hjørring Kommune – Lene Skjelbo
- Familieambulatoriet Hvidovre – Sara Jakobsen
- BBU Københavns kommune – Karina Steinmejer Philips
- Rusmiddelcenter Slagelse – Mette Spælling
- Rusmiddelcenter, Københavns Kommune – Jens Thun
- Sundhedsstyrelsen
- Døgncentret Familieinstitutionen Bethesda og Chr. 9.'s Børnehjem
- FAMKO, Odense Kommune og familieambulatoriet gynækologisk-obstetriske afd. D på OUH
- FLOR (Foreningen for Ledere af Offentlige Rusmiddelcentre)
- Dit Rum

Herudover blev der nedsat en referencegruppe med henblik på at inddrage viden og erfaringer fra relevante organisationer, herunder bruger- og interessegrupper. Referencegruppen har fungeret som dialogforum i forhold til arbejdet i arbejdsgruppen og har suppleret med faglige input i udarbejdelsen af forløbsbeskrivelsen. Følgende organisationer og bidragsydere har indgået i referencegruppen:

- Danske Regioner – Ann Højer Hoffmann
- FASD foreningen – May Olofsson
- Røde Kors – Pernille Svård
- Mødrehjælpen – Pernille Kristoffersen
- Fri af Misbrug – Anne-Camilla Nielskov
- Aalborg Universitetshospital – Ulrik Schiøler Kesmodel
- NUBU – Nationalt center for forskning i udsathed blandt børn og unge
- Brugernes Akademi
- Plejefamiliernes Landsforening

Forløbsbeskrivelsen er udarbejdet i et tværfagligt samarbejde mellem Socialstyrelsens afdelinger; National koordinations, Tværgående Analyse Metode og Evaluering, Handicap, Børn, Unge og Familier og VISO.

Forløbsbeskrivelsen har inden udgivelsen været til kommentering hos arbejds- og referencegruppen, Børne- og Undervisningsministeriet/STUK, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen. For-

løbsbeskrivelsen er endvidere drøftet i Det Faglige Råd for den nationale koordinationsstruktur. Det Faglige Råd rådgiver Socialstyrelsen i forhold til aktiviteter forbundet med den nationale koordinationsstruktur og består af repræsentanter fra:

- Børne- og Undervisningsministeriet
- Sundhedsministeriet
- Kommunernes Landsforening
- Danske Regioner
- VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Ekspertter på det specialiserede socialområde (udpeget af Socialstyrelsen efter indstilling fra Det Frie Forskningsråd)
- Ekspertter på det specialiserede specialundervisningsområde (udpeget af Socialstyrelsen og Undervisningsministeriet efter indstilling fra Det Frie Forskningsråd)
- Forløbsbeskrivelsen er udarbejdet i perioden januar 2021 – august 2022.

## Bilag 2: Lovgivning

### Lovgivning og forkortelser

**SEL** – Lov om social service LBK nr 1548 af 01/07/2021

**SUL** – Sundhedsloven LBK nr 903 af 26/08/2019

**STL** – Socialtilsynsloven LBK nr 1377 af 21/09/2020

**TBS** – Bekendtgørelse om lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling LBK nr 972 af 08/08/2017

**AGK** – Bekendtgørelse om af-dækning, gavekort, og kvalitetsstandard for social behandling for stofmisbrugere efter § 101 i lov om social service BEK nr 1477 af 17/12/2019

### Forebyggende indsats

- SEL § 11 stk. 2: Tilbud om gratis familieorienteret rådgivning til løsning af vanskeligheder i familien. Tilbuddet om rådgivning omfatter ligeledes vordende forældre.
- SEL § 11 stk. 3: Kommunalbestyrelsen skal tilbyde forebyggende indsats til familien, når det vurderes at støtten kan imødekomme barnets behov. Der kan tilbydes følgende forebyggende indsats: 1) Konsulentbistand, 2) Netværks- eller samtalegrupper, 3) Rådgivning om familieplanlægning eller 4) andre indsats, der har til formål at forebygge et barns eller familiens vanskeligheder.
- SEL § 11 stk. 4: Udgifter i forbindelse med støtte, herunder økonomisk støtte til 1) Udgifter i forbindelse med konsulentbistand, jf. SEL § 1, stk. 3, nr. 1 og 2) Udgifter i forbindelse med prævention.

### Børnefaglig undersøgelse og handleplan

#### Børnefaglig Undersøgelse

- SEL § 50 stk. 9: Børnefaglig undersøgelse for vordende forældre.
- SEL § 50 stk. 5: Kommunen skal inddrage de fagfolk, som allerede har viden om familiens forhold. F.eks. sundhedsplejersker, pædagoger, psykologer, lærere m.fl. Iværksættes en psykologisk undersøgelse af forældremyndighedsindehaveren, skal undersøgelsen foretages af en autoriseret psykolog.
- SEL § 51: Børnefaglig undersøgelse, udarbejdet under ophold på institution eller indlæggelse på sygehus

#### Handleplan

- SEL § 140: Handleplaner som udarbejdes inden der træffes afgørelse om foranstaltninger

#### Afgørelse om foranstaltninger

- SEL § 52 stk. 4: Kommunalbestyrelsen skal under en graviditet træffe afgørelse om foranstaltninger efter SEL §§ 52 a og 52, stk. 3, nr. 2, 3, 4, 6 eller 9, når det må anses for at være af væsentlig betydning til barnets særlige behov for støtte efter fødslen.

### Foranstaltninger som kan iværksættes af kommunen, efter afdækkede problemer og behov i børnefaglig undersøgelse

- SEL § 52 stk. 3, nr. 2, 3, 4, 5, 6, 7 & 9: Følgende typer af foranstaltninger kan iværksættes: 2) Støtte i hjemmet, 3) Familiebehandling, 4) Døgnophold for barn og forældre, 5) Aflastning, 6) Kontaktpersonordning, 7) Anbringelse af barnet og 9) Anden hjælp og støtte
- SEL § 52 a: Økonomisk støtte til forældre til 1) Udgifter i forbindelse med foranstaltninger efter § 52 stk. 3, 2) Udgifter der bevirker anbringelse af barnet kan undgås eller 3) Udgifter der bidrager til stabil kontakt mellem forældre og barn under barnets anbringelse
- SEL § 55 stk. 1: De vordende forældre modtager omsorg, personlig støtte, socialpædagogisk rådgivning og behandling, under døgnophold efter § 52 stk. 3, nr. 4, 5 og 7. Der kan endvidere foretages observation og undersøgelse samt ydes terapi eller anden behandling
- SEL § 58: Anbringelse af barnet uden samtykke
- SEL § 54 stk. 1: Ved anbringelse af barnet, jf. SEL § 61, stk. 3, nr. 7, skal forældrene tilbydes en støtteperson.
- SEL § 54 stk. 2: Støtten skal medvirke til at løse de problemer som har været årsag til anbringelsen, mhp. at støtte forældrene i at varetage omsorgen for barnet ved eventuel hjemgivelse eller under samvær. Der skal oprettes særskilt plan for støtten til forældrene
- SEL § 68 d: Ved anbringelse af barnet efter SEL §§ 58 eller 52, stk. 3, nr. 7, hvor det må antages, at barnet vil være anbragt i en længere årrække, skal kommunalbestyrelsen overveje, om hensynet til kontinuitet og stabilitet i barnets opvækst taler for, at barnet i stedet bliver adopteret



## Foranstaltninger som kan iværksættes af kommunen for at tilgodese børn og unge med særligt behov

- SUL § 123: Kommunalbestyrelsen opretter med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov en tværfaglig gruppe, der skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab.

### Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge § 1:

- Kommuner og regioner skal tilrettelægge forebyggende sundhedsydelser, som kan bidrage til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse. Stk. 2. Kommunerne skal dels yde en generel sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats, dels en individorienteret indsats der retter sig mod alle børn og unge samt en særlig indsats, der specielt tager sigte på de svage stillede børn og unge. (BEK nr 1344 af 03/12/2010 (Gældende) Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge - file:///C:/Users/B046993/Downloads/B20100134405.pdf)

## Rusmiddelbehandling

### Midlertidigt ophold i boformer

SEL § 107: Kommunalbestyrelsen kan tilbyde midlertidigt ophold i boformer til personer med særlige sociale problemer som har behov herfor

#### Gældende for alkoholmisbrugere

##### Behandling:

- SUL § 141 stk. 1: Kommunalbestyrelsen tilbyder behandling til alkoholmisbrugere
- SUL § 141 stk. 7: Behandling og rådgivning til alkoholmisbrugere skal ydes anonymt, hvis alkoholmisbrugeren ønsker det

##### Tilbageholdelse:

- SUL § 141 b stk. 1: Tilbud om at indgå kontrakt om behandling, med mulighed for tilbageholdelse
- SUL § 141 b stk. 2: Kontrakten skal indgås skriftligt, forud for behandlingens
- SUL § 141 c: Årsager for tilbageholdelse: 1) Den gravide alkoholmisbruger frembyder nærliggende fare for at skade fostret, 2) Udsigten til ophøret af misbruget eller en betydelig af afgørende bedring af tilstanden vil blive væsentligt forringet eller 3) Den gravide alkoholmisbruger frembyder nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre
- SUL § 141 d stk. 3: Tilbageholdelsen skal ophøre når betingelserne ikke længere er til stede og kan højst vare 21 dage fra afgørelse. Den samlede tilbageholdelsesperiode må ikke overstige 3 måneder
- SUL § 141 e: Den gravide kan bede kommunen indbringe afgørelsen om tilbageholdelse for retten og skal både ved indgåelse af kontrakt og ved meddelelse om afgørelse informeres om denne mulighed

#### Gældende for stofmisbrugere

##### Behandling:

- SUL § 142 stk. 3: Kommunalbestyrelsen tilbyder personer, som har et stofmisbrug, lægelig behandling
- SEL § 101: Kommunalbestyrelsen skal tilbyde social behandling til personer med et stofmisbrug, ud fra en helhedsorienteret afdækning af problemer og behov
- SEL § 101 stk. 8: Behandlingstilbuddet skal udarbejde en behandlingsplan, for at sikre sammenhæng mellem problemer, behov og behandling
- AGK § 1: Afgørelse om social behandling af stofmisbrug sker pba. en helhedsorienteret afdækning af problemer og behov
- AGK § 1 stk. 3: Såfremt afdækningen medfører behov for indhentning af oplysninger fra andre offentlige myndigheder, læger mv. skal kommunalbestyrelsen indhente samtykke fra personen jf. § 11 a, stk. 1, i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område

##### Tilbageholdelse:

- TSB § 3 stk. 1: Ved afgørelse om behandling efter SEL § 107, stk. 2, nr. 2, kan der indgås en kontrakt om behandling med stofmisbrugeren. Kontrakten skal indgås, før behandlingen påbegyndes.
- TSB § 4 stk. 2: En kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse af den gravide stofmisbruger skal indgås for perioden frem til fødslen.
- TSB § 5 stk. 1: Årsager til tilbageholdelse: 1) udsigten til ophøret af misbruget eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentligt forringet 2) stofmisbrugeren frembyder nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre, eller 3) den gravide stofmisbruger frembyder nærliggende fare for at skade fosteret.
- TSB § 8: Den gravide kan bede kommunen indbringe afgørelsen om tilbageholdelse for retten og skal både ved indgåelse af kontrakt og ved meddelelse om afgørelse informeres om denne mulighed

### Tilbud om hjælp, omsorg og støtte samt genoptræning og hjælp til udvikling af færdigheder

- SEL § 85: Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer
- SEL § 141 stk. 2: Kommunalbestyrelsen skal tilbyde at udarbejde en handleplan

### Tilsynet:

- STL § 4: Socialtilsynet godkender og fører driftsorienteret tilsyn med: 2) Døgntilbud efter servicelovens § 107, samt stofmisbrugsbehandlingstilbud efter servicelovens §§ 101 og 101, og 4) Alkoholbehandlingssteder efter sundhedslovens § 141

## Bilag 3: Sundhedsstyrelsens spørgeguide om alkohol og TWEAK screeningsguide

### Spørgeguide om alkohol og evt. intervention

Spørgsmål til alle gravide

1. Hvor mange genstande drikker du i gennemsnit om ugen, nu hvor du er gravid?

*Antal genstande:*

- Mindre end 1 genstand om ugen  
 Ingen

2. Prøv at tænke på hele perioden, hvor du har været gravid – også de første uger, før du vidste, at du var gravid. Hvor mange gange har du da drukket 5 genstande eller flere ved en enkelt lejlighed?

*Antal gange:*

- Ingen  
 Husker ikke/ved ikke

*Hvor langt henne i graviditeten var du ved disse lejligheder?*

Sæt x ved den eller de uger, hvor du drak 5 genstande eller mere ved en enkelt lejlighed.

#### Uge

Uge 1 starter ved sidste menstruations første dag.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Alle gravide udspørges systematisk om deres alkoholforbrug ved første graviditetskonsultation med ovenstående spørgeguide.

Ved bekymring eller mistanke om et problematisk alkoholforbrug, suppleres med nedenstående TWEAK-screeningsguide. TWEAK er et valideret screeningsredskab til afdækning af problematisk alkoholforbrug hos gravide. TWEAK står for: Tolerance, Worried, Eye-opener, Amnesia, Cut-down.

### TWEAK screeningsguide – vedrørende gravides brug af alkohol

3. Hvor meget skal der til, før du begynder at mærke de første virkninger af alkohol, nu hvor du er gravid?

*Antal genstande:* \_\_\_\_\_

- Ved ikke

4. Har nogen i din familie eller nogen af dine nære venner været bekymrede over eller beklaget sig over dit alkoholforbrug inden for det seneste år?

- Ja  
 Nej

5. Starter du somme tider dagen med en lille en?  
 Ja  
 Nej
6. Sker det, at du har drukket alkohol og bagefter har fået at vide af en ven eller en i din familie, at du har sagt eller gjort noget, som du ikke selv kan huske?  
 Ja  
 Nej
7. Føler du somme tider trang til at skære ned på dit alkoholforbrug?  
 Ja  
 Nej

### TWEAK screeningsguide – pointgivning

Pointberegning for spørgsmål 1-5:

2 point for spørgsmål 1, hvis svaret er  $\geq 3$  genstande

2 point for spørgsmål 2 ved positivt svar

1 point for hvert af spørgsmålene 3, 4 og 5 ved positivt svar

Positiv test ved score  $\geq 2$  point.

### Henvielse til familieambulatorium

Ved TWEAK-score  $\geq 2$  point henvises til det regionale familieambulatorium.

### Intervention ved konstateret alkoholforbrug hos gravide

Den gravides alkoholforbrug	Intervention
1-3 genstande pr. uge	Ingen særskilt alkoholintervention.
4-6 genstande pr. uge	Ved henvendelse i første trimester oplyses om mulig øget risiko for spontan abort. Derudover oplyses om Sundhedsstyrelsens råd til gravide, herunder Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at undgå alkohol under graviditeten.
$\geq 7$ genstande pr. uge	Henvielse til regionalt familieambulatorium
Episodisk højt alkoholforbrug ( $\geq 5$ genstande ved samme lejlighed) efter kvinden har erkendt sin graviditet eller $\geq 3$ gange	Henvielse til regionalt familieambulatorium
Højrisikoforbrug, alkoholafhængighed og abstinensbehandling Positiv TWEAK test med score $\geq 2$	Henvielse til regionalt familieambulatorium, evt. akut Henvielse til alkoholbehandling Stillingtagen til underretning til kommunen

Ved et mindre alkoholforbrug tidligt i graviditeten er der sjældent grund til bekymring.

Risikoen for alvorlig fosterskade er minimum 10-15 % ved et alkoholforbrug  $\geq 6-7$  genstande om dagen, hvorfor man i disse tilfælde bør drøfte mulighed for provokeret abort med kvinden. Ved et lavere forbrug samt ved episodisk højt forbrug ved flere lejligheder er der derimod ikke indikation for at tage abortmuligheden op med kvinden.

Ved tvivl kan den gravide henvises til rådgivning i familieambulatoriet.

### Intervention ved konstateret forbrug af andre rusmidler

Ved forbrug af andre rusmidler henvises den gravide til familieambulatoriet.

**Henviſning til det regionale familieambulatorium**

Den gravide med et alkohol-/rusmiddelforbrug kan henviſes direkte til familieambulatoriet. Akut henviſning uden for dagarbejdstid kan ske via vagthavende på de regionale gynækologisk-obstetriske afdelinger, fx ved behov for afrusning, abstinens- eller substitutionsbehandling.

I tilfælde af, at den gravide ikke ønsker henviſning til familieambulatorium, henviſes hun til den almindelige svangreomsorg, som yder intensiveret indsats. Hun bør samtidig tilbydes henviſning til den kommunale alkohol-/rusmiddelbehandling.

## Bilag 4: Familieambulatoriernes indsatser

Region	Navngivet indsats/Behandling	Faglighed	Nord	Midt	Syd	Sj.	H.
Opsporing	Kontakt med interne og eksterne samarbejdspartnere, herunder <ul style="list-style-type: none"> <li>• Svangrehenvisning fra egen læge</li> <li>• Rusmiddelcentre</li> <li>• Socialforvaltning</li> <li>• Døgninstitutioner</li> <li>• Kvindesygdomme og Fødsler</li> <li>• Universitetshospitaler</li> <li>• Regionshospitaler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praktiserende læger</li> <li>• Jordemødre</li> <li>• Læger/obstetrikere</li> <li>• Socialrådgivere</li> <li>• Rusmiddelbehandlere</li> </ul>	X	X	X	X	X
	Visitationssamtaler inden abortgrænse - visitationsmøde ugentligt	Overlæge, jordemor og leder i Familieambulatoriet			X	X	
Udredning	Indskrivnings/opstartssamtale, herunder anamneseoptagelse	Socialrådgiver, Obstetiker og evt. socialrådgiver og psykolog	X	X	X	X	X
	Urinscreening, konfirmatorisk analyse og evt. hårstråsanalyse			X	X		X
Tiltag/indsats	Urinscreening for alkohol og rusmidler	Obstetiker og jordemoder	X	X		X	X
	Konsultationer med læge og jordemoder samt scanninger	Obstetiker og jordemoder	X	X	X	X	X
	Løbende patientkontakt og -henvendelser via telefon og video		X	X	X	X	X
	NADA (øreakupunktur mod stoftrang, tankemylder, søvnproblemer etc.)	Jordemoder	X	X		X	
	Netværksmøder/brøbygning med og konsultativ bistand til eksterne samarbejdspartnere samt henvisning til primærsektor og sundhedstilbud fx kommune/&psykiatri/sundhedsplejerske	Socialrådgiver, obstetiker, jordemødre, sekretær	X	X	X	X	X
	Kort familierapeutisk forløb	Familierapeut / socialrådgiver	X				
	Individuel fødselsforberedelse (med mulighed for anvendelse af babydukke)	Jordemoder		X	X	X	
	Gruppefødselsforberedelse (eksternt)	Jordemødre	X				
	Babystartpakke og gavekort til mødre-hjælpen				X	X	X
	Mulighed for indlæggelse til afstæning på barsel i graviditeten		X	X	X	X	
	Barselsbesøg i graviditet	Jordemoder		X		X	
	Barselsforberedende samtale	Sundhedsplejerske					X
	Opfølgning	Efterfødselssamtale	Jordemoder, obstetrikker	X	X	X	X
Barselsforløb på barselgangen		Sundhedsplejerske		X			X
Udskrivningsmøde		Socialrådgiver / jordemoder	X	X	X	X	X
Familieplanlægning		Jordemoder, obstetrikker	X	X	X		X
Andet	Samarbejds møder med den primære sektor	Leder, 1-2 behandlere	X	X	X	X	X

## Bilag 5: Beregninger bag de økonomiske forløbsanalyser

### Direkte offentlige udgifter forbundet med specificerede forløb

Direkte offentlige udgifter forbundet med specificerede forløb i denne økonomiske forløbsanalyse omfatter de direkte udgifter, der er forbundet med relevante indsatser på socialområdet i forskellige forløb for udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug og deres barnet fra påbegyndt graviditet til barnets andet leveår. Nedenfor beskrives, hvordan de offentlige udgifter, der er forbundet med de specificerede caseforløb, er opgjort.

#### Caseforløb 1: Koordineret rusmiddel- og familiebehandling som ambulantly behandling

Offentlige udgifter forbundet med integrerede rusmiddel- og familiebehandling som ambulantly behandling antages at svare til den gennemsnitlige pris forbundet med ambulantly stofmisbrugsbehandling, jf. Servicelovens § 101 og Sundhedslovens § 142, samt alkoholbehandling, jf. Sundhedslovens § 141, i kombination med den gennemsnitlige pris forbundet med to familiebehandlingsforløb, jf. Servicelovens § 52, stk. 3, nr. 3, af 3-6 måneders varighed, hvoraf den ene placeres i graviditeten, mens den anden placeres i barnets 2. leveår.

Offentlige udgifter forbundet med at den gravide kvinde/moderen støttes med forælderrollen antages at svare til den gennemsnitlige pris forbundet med praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet, jf. Servicelovens § 52, stk. 3, nr. 2.

**Tabel 1:** Anvendte forudsætninger og antagelser i opgørelsen af offentlige udgifterne forbundet med *Caseforløb 1: Koordineret rusmiddel- og familiebehandling som ambulantly behandling*

År	Enhed	Periode i barnets liv	Pris pr. enhed (Kr., 2021-priser)	Kilde til enhedsudgift
Ambulantly stofmisbrugsbehandling, jf. Servicelovens § 101 og Sundhedslovens § 142, samt alkoholbehandling, jf. Sundhedslovens § 141	År	3-6 mdr. under graviditet. Hele året i 1.-2. leveår.	51.818*	(36 s. 260)
Praktisk, pædagogisk og anden støtte i hjemmet, jf. Servicelovens § 52, stk. 3, nr. 2	År	3-6 mdr. under graviditet. Hele året i 1.-2. leveår.	132.086	(37 s. 264)
Familiebehandling/behandling af barnets eller den unges problemer jf. Servicelovens § 52, stk. 3, nr. 3	År	3-6 mdr. under graviditet 3-6 mdr. i alt i 2. leveår	111.765	(37 s. 264)

**Anm.:** \*Pris pr. enhed er opgjort som et simpelt gennemsnit af den gennemsnitlige pris forbundet med ambulantly stofmisbrugsbehandling, jf. Servicelovens § 101 og Sundhedslovens § 142, samt alkoholbehandling, jf. Sundhedslovens § 141.

Tabel 1 viser et overblik over mængder og priser, der er anvendt i opgørelsen af offentlige udgifter forbundet med 'Caseforløb 1: Koordineret rusmiddel- og familiebehandling som ambulantly behandling'.

#### Caseforløb 2: Koordineret rusmiddel- og familiebehandling som døgnbehandling

Offentlige udgifter forbundet med koordineret rusmiddel- og familiebehandling som døgnbehandling antages at svare til den gennemsnitlige pris forbundet med døgnophold for familien, jf. Servicelovens § 52, stk. 3 nr. 4, i kombination med den gennemsnitlige pris forbundet med ambulantly stofmisbrugsbehandling, jf. Servicelovens § 101 og Sundhedslovens § 142, samt alkoholbehandling, jf. Sundhedslovens § 141.

Offentlige udgifter forbundet med ambulantly rusmiddelbehandling efter afsluttet døgnbehandling antages at omfatte den gennemsnitlige pris forbundet med ambulantly stofmisbrugsbehandling, jf. Servicelovens § 101 og Sundhedslovens § 142, samt alkoholbehandling, jf. Sundhedslovens § 141. Offentlige udgifter forbundet med praktisk og pædagogisk støtte i hjemmet til at varetage forælderrollen efter endt døgnbehandling antages at svare til den gennemsnitlige pris forbundet med praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet, jf. Servicelovens § 52, stk. 3, nr. 2. Det antages desuden at offentlige udgifter forbundet med ambulantly familiebehandling efter endt døgnbehandling svare til den gennemsnitlige pris forbundet med 3-6 måneders familiebehandling, jf. Servicelovens § 52, stk. 3, nr. 3.

Tabel 2 viser et overblik over mængder og priser, der er anvendt i opgørelsen af offentlige udgifter forbundet med 'Caseforløb 2: Koordineret rusmiddel- og familiebehandling som døgnbehandling'.

### Caseforløb 3: Manglende koordineret rusmiddel- og familiebehandling

Offentlige udgifter forbundet med rusmiddelbehandlingen antages at svarer til den gennemsnitlige pris forbundet med ambulans stofmisbrugsbehandling, jf. Servicelovens § 101 og Sundhedslovens § 142, samt alkoholbehandling, jf. Sundhedslovens § 141, i halvdelen af graviditeten og halvdelen af barnets første to leveår.

Tabel 3 viser et overblik over mængder og priser, der er anvendt i opgørelsen af offentlige udgifter forbundet med 'Caseforløb 3: Manglende koordineret rusmiddel- og familiebehandling'.

### Afledte offentlige udgifter, der forventes at følge af de specificerede caseforløb

De afledte offentlige udgifter omfatter i denne økonomiske forløbsanalyse de indirekte ændringer i forbruget af offentlige ydelser og aktiviteter, der forventes at følger af effekten af forskellige typer af forløb for udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug og deres børn i barnets 3.-11. leveår.

De afledte offentlige udgifter er beregnet i de nationale register ud fra en målgruppe, der ligner målgruppen for forløbsbeskrivelsen, og et succesmål, der ligner succesmålet for det optimale forløb for målgruppen. Tabel 4 viser, hvordan målgruppen og succesmålet er blevet afgrænset.

**Tabel 2:** Anvendte forudsætninger og antagelser i opgørelsen af offentlige udgifterne forbundet med *Caseforløb 2: Koordineret rusmiddel- og familiebehandling som døgnbehandling*

År	Enhed	Periode i barnets liv	Pris pr. enhed (Kr., 2021-priser)	Kilde til enhedsudgift
Ambulant stofmisbrugsbehandling, jf. Servicelovens § 101 og Sundhedslovens § 142, samt alkoholbehandling, jf. Sundhedslovens § 141	År	3-6 mdr. under graviditet. Hele året i 1.-2. leveår.	51.818*	(36 s. 260)
Døgnophold for familien, jf. Servicelovens § 52, stk. 3 nr. 4	År	3-6 mdr. under graviditet. 6-12 mdr. i 1. leveår.	1.103.428	(37 s. 264)
Praktisk, pædagogisk og andet støtte i hjemmet, jf. Servicelovens § 52, stk. 3, nr. 2	År	0-3 mdr. i 1. leveår Hele året i 2. leveår.	132.086	(37 s. 264)
Familiebehandling/behandling af barnets eller den unges problemer jf. Servicelovens § 52, stk. 3, nr. 3	År	3-6 mdr. i alt i 2. leveår	111.765	(37 s. 264)

**Anm.:** \*Pris pr. enhed er opgjort som et simpelt gennemsnit af den gennemsnitlige pris forbundet med ambulans stofmisbrugsbehandling, jf. Servicelovens § 101 og Sundhedslovens § 142, samt alkoholbehandling, jf. Sundhedslovens § 141.

**Tabel 3:** Anvendte forudsætninger og antagelser i opgørelsen af offentlige udgifterne forbundet med *Caseforløb 3: Manglende koordineret rusmiddel- og familiebehandling*

År	Enhed	Periode i barnets liv	Pris pr. enhed (Kr., 2021-priser)	Kilde til enhedsudgift
Ambulant stofmisbrugsbehandling, jf. Servicelovens § 101 og Sundhedslovens § 142, samt alkoholbehandling, jf. Sundhedslovens § 141	År	3-6 mdr. under graviditet. Hele året i 1.-2. leveår.	51.818*	(36 s. 260)

**Anm.:** \*Pris pr. enhed er opgjort som et simpelt gennemsnit af den gennemsnitlige pris forbundet med ambulans stofmisbrugsbehandling, jf. Servicelovens § 101 og Sundhedslovens § 142, samt alkoholbehandling, jf. Sundhedslovens § 141.

**Tabel 4:** Afgrænsning og definition af registerafgrænset målgruppe og succesmål til at belyse afledte offentlige udgifter, der forventes at følge af de specificerede caseforløb for *udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug og deres børn*

Parameter	Register	Registermæssig afgrænsning	Periode for registermæssig afgrænsning
Målgruppe	Det Medicinske Fødselsregister	Levende- eller dødfødte: • Levendefødte	2007-2018
	Register for Stofmisbrugere i Behandling	Tidspunkt for stofmisbrugsbehandling: • Under graviditet (perioden fødselsdato minus gestationsalder i Det Medicinske Fødselsregister)	2007-2018
	Det Nationale Alkoholbehandlings-register	Tidspunkt for alkoholbehandling: • Under graviditet (perioden fødselsdato minus gestationsalder i Det Medicinske Fødselsregister)	2007-2018
Succesmål*	Register for Stofmisbrugere i Behandling	Årsag til afsluttet behandling • Færdigbehandlet	2007-2018
	Det Nationale Alkoholbehandlings-register	Årsag til afsluttet behandling • Færdigbehandlet	2007-2018

**Anm.:** \*Succesmålet omfatter behandlingsforløb, der har været aktive under graviditeten, som er afsluttet under graviditeten eller til og med barnets andet leveår.

Det er væsentligt at pointere, at målgruppen for denne forløbsbeskrivelse kun er overlappende med den registerafgrænsede målgruppe, da den registerafgrænsede målgruppe omfatter gravide kvinder i rusmiddelbehandling. Målgruppen for forløbsbeskrivelsen udgør derimod udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug, herunder uafhængigt af, om de er i rusmiddelbehandling eller ej. Når den registerafgrænsede målgruppe alligevel anvendes i den økonomiske forløbsanalyse skyldes det, at rusmiddelbehandlingsregistrene er en af de eneste måde at påvise målgruppens progression i. Desuden er det svært at afgrænse udsathed i de nationale registre med mindre man modtager en social ydelse eller indsats.

En central antagelse i den økonomiske forløbsanalyse er at de optimale forløb (caseforløb 1 og 2) forventes at medfører at den gravide kvinde/ moderen afslutter rusmiddelbehandlingen som færdigbehandlet inden barnets tredje leveår. Omvendt forventes forløbet, der ønskes undgået (caseforløb 3) at medfører, at den gravide kvinde/moderen ikke bliver færdigbehandlet i rusmiddelbehandlingen inden barnets tredje leveår.

Det er væsentligt at pointerer, at der ikke er viden om, hvorvidt det optimale forløb medfører at den gravide kvinde/moderen bliver færdigbehandlet i rusmiddelbe-

handlingen, men at det er det bedste bud på et relevant succesmål forbundet med et godt forløb for gravide kvinder/mødre i målgruppen.

Hvorvidt moderen blive færdigbehandlet i sin rusmiddelbehandling eller ej har betydning for det fremadrettede forbrug af offentlige ydelser og aktiviteter, som følges for både barnet og moderen fra barnets tredje til 12. leveår.

Der medregnes afledte offentlige udgifter inden for følgende overordnede velfærdsområder:

- Grundskole (kun barn)
- Sociale foranstaltninger til børn og unge under 18 år (kun barn)
- Beskæftigelsesindsatser (kun mor)
- Indkomstoverførsler (kun mor)
- Skat af indkomst (kun mor)
- Ungdoms- og voksenuddannelse (kun mor)
- Efterværn (kun mor)
- Sociale serviceydelser for voksne over 17 år (kun mor)
- Politi, retsvæsen og kriminalforsorg (kun mor)
- Sundhedsydelser (både mor og barn)



Til opgørelse af de offentlige udgifter er der gjort brug af de definitioner der er for offentlige ydelser og aktiviteter i SØM samt enhedspriser forbundet med de enkelte offentlige ydelser og aktiviteter, der fremgår af SØMs vidensdatabase. For nærmere specifikation af de enkelte offentlige ydelser og aktiviteter samt deres respektive enhedspriser se SØM, version 3.0.

## Bilag 6: Registeropgørelse – rusmiddelbrug blandt gravide kvinder

### Afgrænsning af målgruppen

Målgruppen defineres og afgrænses til de kvinder, der har været gravide mindst én dag i året op til opgørelsestidspunktet (opgørelsesåret), og som samtidig er registreret med et rusmiddelbrug (stof- og/eller alkoholforbrug) under graviditeten. Målgruppen er opgjort som det kumulative antal i opgørelsesåret.

### Rusmiddelbrug

Rusmiddelbrug defineres og afgrænses ud fra minimum én af følgende betingelser:

- Kvinden er registreret i Stofmisbrugsdatabasen eller Det Nationale Alkoholbehandlingsregister under graviditeten, og har dermed modtaget behandling for stof- og/eller alkoholforbrug under graviditeten.
- Kvinden er registreret med en diagnose- eller procedurekode relateret til stof- og/eller alkoholforbrug under graviditet i graviditetsperioden.
- Kvinden er registreret med en diagnose- eller procedurekode for postpartum-kontrol ifm. stof- og/eller alkoholforbrug i perioden fra graviditetens startdato til otte uger efter graviditetens slutdato.
- Kvinden har født et barn som efter fødslen er diagnosticeret med prænatal eksposition for rusmidler.

### Graviditet

Det er nødvendigt at definere kvindernes individuelle graviditetsperioder for at afgrænse målgruppen. Slutdato for graviditet defineres som barnets fødselsdag eller dato for abortering eller dødfødsel. Startdato for graviditet defineres som graviditetens slutdato fratrukket graviditetens længde dvs. fosterets gestationsalder. Ved manglende gestationsalder er graviditetens længde defineret ud fra registreringer om abortering og fødsel (død- og levendefødte), hvor graviditetslængden sættes lig den maksimale graviditetslængde for abort og den typiske graviditetslængde for fødsel:

- Tidlig abort: 12 uger
- Sen abort: 22 uger
- Fødsel: 40 uger

### Registerbaseret opgørelse over antallet af gravide kvinder med rusmiddelbrug

Tablet 1 (der også fremgår på side 15 i rapporten) viser den registerbaseret opgørelse over antallet af kvinder, som er registreret med et rusmiddelbrug (stof- og/eller alkoholforbrug) under graviditeten mindst én dag i opgørelsesåret. I 2016 er der registreret 1.133 kvinder og i 2017 1.149 kvinder, der har været gravide, og som samtidig er registreret med et rusmiddelbrug. Estimatet bør ikke ses som den eksakte størrelse på målgruppen, men bør derimod ses som et underestimat på målgruppens mulige størrelse, da opgørelsen kun omfatter de personer, der er registreret i de nationale registre. Det formodes, at en del kvinder med et forbrug af rusmidler ikke bliver registreret bl.a. grundet den manglende opsporing- og registreringspraksis på området, hvilket udgør en barriere for at få et retvisende overblik over målgruppens sande størrelse.

**Tablet 1:** Antallet af kvinder, der har været gravide mindst én dag i opgørelsesåret og som samtidig er registreret med et rusmiddelbrug (stof- og alkohol)

	2016	2017
<b>Målgruppen, totalt</b>	1.133	1.149

**Anm.:** Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik. Opgørelsestidspunkt pr. 31. december. I opgørelsen medtages kun de personer, det er muligt at identificere ud fra de nationale registre (herunder Landspatientregistret, Befolkningsregistret, Stofmisbrugsdatabasen, Det Nationale Alkoholbehandlingsregister). Tabellen opgør antallet af kvinder, der har været gravide mindst én dag i opgørelsesåret og er registreret med et rusmiddelbrug (stof- og alkohol i samme år). Der kan være personer (gængere), som går igen på tværs af de to opgørelsesår, hvis denne person har været gravid og er registreret med et rusmiddelbrug mindst én dag i begge opgørelsesår. Personer, der er afgået ved døden eller flyttet fra Danmark forud for opgørelsestidspunktet, indgår derfor ikke i målgruppen. Der indgår ikke data fra MiniPas, som primært indeholder indberetninger fra privathospitaler, men enkelte mindre, offentlige sygehuse anvender også MiniPas. Personer, der kun har modtaget/registreret diagnosen i speciallægeri, indgår ikke i målgruppen. Misbrugsdatabaserne opgør ikke alle personer med et rusmiddelbrug men kun de, der modtager behandling (ekskl. personer, der er registreret i anonym alkohol- eller stofmisbrugsbehandling). Der er derfor forventeligt et mørketal på området for personer med et forbrug af stof- og/eller alkohol.

## Anvendte registre og diagnosekoder til opgørelse af målgruppen.

Nedenstående tabel 2 viser hvilke registre og variable, der er anvendt til opgørelsen af målgruppen. De konkrete diagnosekoder samt procedurekoder anvendt til afgrænsning af graviditet og rusmiddelbrug fremgår i tabel 3.

**Tabel 2:** Registre og variable anvendte til opgørelse af gravide kvinder med et rusmiddelbrug

Register	Variable
Landspatientregisteret	<p><i>Diagnosetyper:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktions- og bi-diagnoser tildelt ved somatiske og/eller psykiatriske henvendelser. Tillægskoder for operationer er ekskluderet.</li> </ul> <p><i>Variable:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• LPR_DIAG</li> <li>• UAF_DIAG</li> <li>• LPR_ADM</li> <li>• UAF_ADM</li> <li>• PSYK_DIAG</li> <li>• PSYK_ADM</li> <li>• PSYK_PERS</li> <li>• LPR_BES</li> <li>• UAF_BES</li> <li>• LPR_SKSUBE</li> <li>• UAF_SKSUBE</li> <li>• PSYK_SKSUBE</li> </ul>
Det medicinske fødselsregister	<p><i>Variable:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MFR</li> </ul>
Stofmisbrugsdatabasen	<p><i>Variable:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SMDB_VBGF_2018_SAERLEVERANCE</li> </ul>
Det Nationale Alkoholbehandlingsregister	<p><i>Variable:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• T_NAB_GRUNDOPLYSNINGER</li> </ul>
Befolkningsregisteret	<p><i>Variable:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• BEF</li> </ul>

**Anm.:** Målgruppen afgrænses til at omfatte personer, der fremgår af Befolkningsregisteret på opgørelsestidspunktet.

Tabel 3: Afgrænsning af rusmiddelbrug og graviditet

Afgrænsning		Diagnosekoder samt procedurekoder
Rusmiddelbrug	Rusmiddelbrug under graviditet	DZ358M, DZ358M1, DZ358M10, DZ358M11, DZ358M11B, DZ358M11H, DZ358M11M, DZ358M11P, DZ358M12, DZ358M13, DZ358M14, DZ358M15, DZ358M16, DZ358M17, BKUA22AO, BKUA22BO, BKUA7M, BKUA8M
	Rusmiddelbrug generelt	DF10, DF11 DF12, DF13, DF14, DF15, DF16, DF18, DF19, DT40, DT400, DT401, DT402, DT402A, DT402B, DT403, DT404, DT404A, DT405, DT406, DT406W, DT407, DT408, DT409, DT409A, DT409B, DT409C, DT409D, DT409X, DT409Z, DT43, DT430, DT431, DT432, DT433, DT434, DT435, DT436, DT436A, DT436B, DT436C, DT438, DT438A, DT439, DG312, DG621, DG721, DI426, DK292, DK70, DK852, DK860
	Rusmiddel-behandling	Alle der indgår i Det Nationale Alkoholbehandlingsregister og/eller Stofmisbrugs-databasen med kommunegodkendte aktive forløb.
	Postpartum-kontrol ifm. Rusmiddel	DZ393, DZ3931, DZ39310, DZ39311, DZ39311B, DZ39311H, DZ39311M, DZ39311P, DZ39312, DZ39313, DZ39314, DZ39315, DZ39316, DZ39317, DPO44, BKUA37M
	Prænatal eksposition for rusmidler	DZ071A, DZ071B, DZ071B1, DZ071B1B, DZ071B1H, DZ071B1M, DZ071B1P, DZ071B2, DZ071B3, DZ071B4, DZ071B5, DZ071B6, DZ071B7, DPO43, DPO44, DP961, DP962, DQ860, ZZ0149M, ZZ0198A, ZZ0198B
Tidsmæssig afgrænsning - rusmiddelbrug	Målgruppen afgrænses endeligt ved at afgrænse kvinderne, der har været gravide i opgørelsesåret, til yderligere at være registreret med et forbrug af rusmidler under graviditeten ud fra følgende betingelser	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kvinden har været i rusmiddelbehandling i graviditetsperioden. <ul style="list-style-type: none"> <li>Iværksat behandlingsdato (IVAERKSATBEHANDLNGDATO/D_INDDTO) ≤ Graviditetens slutdato.</li> <li>Slutdato for behandlingsforløb (KONTAKTFORLOEBSLUTDATO/D_UDDATO) ≥ Graviditetens startdato.</li> </ul> </li> <li>Kvinden er registreret med en diagnose- eller procedurekode relateret til et rusmiddelforbrug under graviditet i graviditetsperioden. <ul style="list-style-type: none"> <li>Indskrivningsdato (D_INDDTO) ≤ Graviditetens slutdato.</li> <li>Udskrivningsdato (D_UDDTO) ≥ Graviditetens startdato.</li> </ul> </li> <li>Kvinden er registreret med postpartum-kontrol ifm. rusmiddelbrug i perioden fra graviditetens startdato til otte uger efter graviditetens slutdato. <ul style="list-style-type: none"> <li>Indskrivningsdato (D_INDDTO) ≤ Graviditetens slutdato + 8 uger.</li> <li>Udskrivningsdato (D_UDDTO) ≥ Graviditetens startdato.</li> </ul> </li> <li>Kvinden har født et barn i perioden 1. januar i opgørelsesåret til 31. oktober i året efter opgørelsesåret,<sup>21</sup> som efter fødslen er diagnosticeret med prænatal eksposition for rusmidler.<sup>22</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. januar i opgørelsesåret ≤ Barnets fødselsdato (FOED_DAG) ≤ 31. oktober i året efter opgørelsesåret.</li> <li>Indskrivningsdato (D_INDDTO) ≥ Graviditetens slutdato.</li> </ul> </li> </ul>

21 31. oktober i året efter opgørelsesåret udgør ni måneder efter opgørelsesåret tillagt en ekstra måned for at indfange kvinder, der føder efter termin.

22 Børn kan registreres med prænatal eksposition for rusmidler flere år efter fødsel. Da data kun går t.o.m. året efter opgørelsesåret, medtager analysen kun de kvinder, der har børn registreret med prænatal eksposition for rusmidler t.o.m. året efter opgørelses-året.

Afgrænsning		Diagnosekoder samt procedurekoder
<b>Graviditet</b>	Abort	<p><i>Spontan abort:</i> DO03, DO030, DO031, DO032, DO033, DO034, DO035, DO036, DO037, DO038, DO039</p> <p><i>Tidlig abort:</i> DO04, DO040, DO041, DO042, DO043, DO044, DO045, DO046, DO047, DO048, DO049</p> <p><i>Sen abort:</i> DO05, DO050, DO051, DO052, DO053, DO054, DO055, DO056, DO057, DO059</p> <p><i>Tidligt abortindgreb:</i> BKHD40, BKHD401, BKHD401A, BKHD401B, BKHD401C, BKHD41, BKHD411, BKHD411A, BKHD411B, BKHD411C, BKHD411D, BKHD411E, BKHD411F, BKHD411G</p> <p><i>Sent abortindgreb:</i> KLCH, KLCH00, KLCH03, KLCH10, KLCH11, KLCH13, KLCH20, KLCH96, BKHD4, BKHD44, BKHD45</p>
	Dødsfødsler	DZ37, DZ371, DZ373, DZ374, DZ377, DP95, DP959 "dødfødt"
	Levendefødte	"levendefødt"
<b>Tidsmæssig afgrænsning – graviditet</b>	<p>Graviditetens længde for hver enkelt kvinde er opgjort for at bestemme graviditetens startdato. Graviditetens længde er opgjort som gestationsalder på fosteret angivet i dage. Hvis ikke gestationsalderen er angivet, er graviditetens længde defineret som følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spontan abort eller sen abort: 154 dage (22 uger).</li> <li>• Tidlig abort: 84 dage (12 uger).</li> <li>• Dødfødsel eller levendefødte: 280 dage (40 uger).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Graviditetens slutdato er defineret som følgende: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abort eller dødfødsel (registreret i Landspatientregisteret): slutdato = indskrivningsdato (D_INDDTO).<sup>23</sup></li> <li>• Dødfødsel eller levendefødte (registreret i Det medicinske fødselsregister): slutdato = fødselsdato (FOEDELSDATO).</li> <li>• Graviditetens startdato er defineret som graviditetens slutdato fratrukket graviditetens længde.</li> </ul> </li> <li>• Der er yderligere foretaget følgende tidsmæssige afgrænsning, således at minimum én dag i graviditeten er i opgørelsesåret<sup>24</sup>: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Graviditetens startdato ≤ 31. december i opgørelsesåret.</li> <li>• Graviditetens slutdato ≥ 1. januar i opgørelsesåret.</li> </ul> </li> </ul>

23 Svarende til proceduredato (D\_ODTO), hvor der er afgrænset på procedurekoder.

24 De registrerede graviditeter strækker sig fra marts i året før opgørelsesåret til oktober i året efter opgørelsesåret. Dette er lidt mere end ni måneder hhv. før og efter opgørelsesåret og skyldes, at nogle kvinder føder efter termin.



# Socialstyrelsen

Socialstyrelsen  
Edisonsvej 1  
5000 Odense C  
Tlf.: 72 42 37 00  
E-mail: [info@socialstyrelsen.dk](mailto:info@socialstyrelsen.dk)

September 2022





**Socialstyrelsen**

Forløbsbeskrivelse

**BØRN OG UNGE  
MED KOMPLEKSE  
FUNKTIONSNEDSÆTTELSE  
SOM FØLGE AF  
PRÆNATAL EKSPONERING  
FOR RUSMIDLER OG  
AFHÆNGIGHEDSSKABENDE  
MEDICIN**

---

**Viden til gavn**



**Publikationen er udgivet af:**

Socialstyrelsen  
Edisonsvej 1  
5000 Odense C  
Tlf.: 72 42 37 00  
E-mail: [info@socialstyrelsen.dk](mailto:info@socialstyrelsen.dk)  
[www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

Layout: 4PLUS4  
Forsidefoto: Adobe Stock  
Indhold udarbejdet af Socialstyrelsen  
Udgivet september 2022

Download eller se rapporten på [www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)  
Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse af kilde.

ISBN: 978-87-94371-04-9





# Indhold

<b>Anbefalinger .....</b>	<b>5</b>
<b>1. Indledning .....</b>	<b>9</b>
1.1 Forløbsbeskrivelsens formål .....	11
1.2 Læseguide.....	11
1.3 Begrebsafklaring.....	11
<b>2. Målgruppen .....</b>	<b>13</b>
2.1 Målgruppens karakteristika .....	15
2.1.1 Spædbørn.....	15
2.1.2 Småbørn.....	17
2.1.3 Skolebørn.....	17
2.1.4 Unge .....	18
2.2 Målgruppens størrelse .....	18
2.2.1 Tilgængelige registre og diagnosekoder.....	19
2.3 Anbringelse uden for hjemmet .....	20
<b>3. Faglige indsatser .....</b>	<b>22</b>
3.1 Gennemgående principper i indsatsen .....	25
3.2 Centrale stadier og kerneelementer i den faglige indsats .....	25
3.3 Opsporing .....	26
3.3.1 Hav skærpet fokus på børn fulgt i familieambulatoriet.....	27
3.3.2 Hav vedvarende og systematisk fokus på børn med tegn på mistrivsel og truet udvikling .....	28
3.4 Undersøgelse og udredning.....	29
3.4.1 Foretag helhedsorienteret børnefaglig undersøgelse .....	29
3.4.2 Foretag en pædagogisk-psykologisk vurdering .....	30
3.4.3 Foretag tidlig og løbende udredning af barnets funktionsevne .....	31
3.5 Tiltag .....	32
3.5.1 Understøt den tidlige forældre-barn relation efter barnet er født.....	33
3.5.2 Understøt regulering af adfærd.....	33
3.5.3 Understøt et sundt søvnmønster .....	36
3.5.4 Understøt gode spisesituationer .....	36
3.5.5 Understøt udvikling af motoriske færdigheder .....	37
3.5.6 Skab en forudsigelig og tryk hverdag i dagtilbuddet .....	37
3.5.7 Understøt udvikling af venskaber .....	38
3.5.8 Skab et godt læringsmiljø i skolen.....	38
3.6 Overgange .....	41
3.6.1 Planlæg systematisk alle skift .....	41
3.6.2 Skab en vellykket overgang til det 18. år .....	42

<b>4. Organisering og samarbejde .....</b>	<b>44</b>
4.1 Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.....	46
4.2 Samarbejde og koordinering i forhold til målgruppen .....	46
4.2.1 Samarbejd med barnet og deres omsorgspersoner .....	47
4.2.2 Dagtilbud og skole .....	48
4.2.3 Sundhedsområdet .....	49
4.2.4 Børn som følges i regi af et familieambulatoriet .....	49
<b>5. Økonomisk forløbsanalyse .....</b>	<b>51</b>
5.1 Opsummering af analysens resultater .....	52
5.2 Livsforløbsudgifter .....	53
5.3 Analysens antagelser og forudsætninger .....	56
5.3.1 Caseforløb .....	56
5.3.2 Afledte offentlige udgifter, der forventes at følge af de specificerede caseforløb .....	57
5.4 Analysens resultater .....	58
<b>6. Anvendelse af og opfølgning på forløbsbeskrivelsen .....</b>	<b>62</b>
6.1 Implementering af forløbsbeskrivelsen .....	63
6.2 Opfølgning på forløbsbeskrivelsens anvendelse .....	63
<b>7. Referencer .....</b>	<b>64</b>
<b>8. Bilag .....</b>	<b>71</b>
Bilag 1: Om forløbsbeskrivelser .....	72
Bilag 2: Diagnosekoder .....	74
Bilag 3: Familieambulatorierne .....	75
Bilag 4: Lovgivning.....	76
Bilag 5: Spørgeskema til afdækning af søvnmønster .....	78
Bilag 6: Test og spørgeskemaer til udredning .....	79
Bilag 7: Fra grundskole til ungdomsuddannelse .....	81
Bilag 8: Beregninger bag den økonomiske forløbsanalyse .....	82

# ANBEFALINGER



Denne forløbsbeskrivelse præsenterer Socialstyrelsens faglige anbefalinger til højt specialiserede indsatser til børn og unge med komplekse funktionsnedsættelser som følge af prænatal eksponering for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin. Børn og unge i denne målgruppe har flere samtidige risikofaktorer og kræver en særlig opmærksomhed fra en række omsorgs- og fagpersoner i deres liv. Der kan mangle viden om og forståelse for barnets vanskeligheder og signaler, hvilket udgør en risiko for, at omsorgsmiljøet ikke formår at imødekomme barnets behov.

Forløbsbeskrivelsen har fokus på det gode forløb for indsatser til barnet og den er skrevet til kommunale ledere, der har med ansvar for planlægning af indsatsen til målgruppen, samt til fagpersoner, som arbejder med disse børn. Forløbsbeskrivelsen bygger på aktuelt bedste viden og erfaringer, og beskriver centrale elementer i den højt specialiserede indsats, som målgruppen har behov for.

Forløbsbeskrivelsens anbefalinger understøtter, at barnet og den unge ud fra egne behov og forudsætninger udvikler og bibeholder bedst mulig funktionsevne, og hermed får gode vilkår for et selvstændigt liv. Forløbsbeskrivelsens anbefalinger må ses som en del af og i sammenhæng med andre tiltag, rettet mod målgruppen herunder også tiltag til børnenes mødre. Socialstyrelsen udgiver samtidigt en forløbsbeskrivelse om udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug, der beskriver den tidlige forebyggende indsats i graviditeten<sup>1</sup>.

Nedenfor opsummeres forløbsbeskrivelsens centrale anbefalinger. De efterfølgende kapitler uddyber og begrundes anbefalingerne.

## 1 Skærpet fokus på opsporing

I de tilfælde, hvor den prænatale eksponering er kendt, er det vigtigt, at denne viden følger med barnet videre i dets opvækst, for at barnet kan tilbydes den rette indsats. Når den prænatale eksponering ikke er kendt, er målgruppen afhængig af at møde fagpersoner, som kan identificere tegn på, at hypotesen om prænatal eksponering for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin skal anlægges, afprøves og evt. be- eller afkræftes.

### Socialstyrelsen anbefaler skærpet fokus på familier, som er fulgt i familieambulatoriet grundet rusmiddelproblematik med henblik på opsporing af målgruppen

- Når en gravid følges i et af regionens familieambulatorier, bør kommunens familieafdeling have en særlig opmærksomhed på det kommende barn med henblik på at vurdere, hvorvidt barnet og familien kan have behov for særlig hjælp og støtte.
- Familieafdelingen bør sikre et tværfagligt samarbejde med familieambulatoriet, så familieambulatoriets arbejde med og kendskab til barnet og familien inddrages.
- Når familien afsluttes i familieambulatoriet bør den kommunale familieafdeling, pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR) og sundhedsplejen fortsat have fokus på at følge barnets udvikling og trivsel

### Socialstyrelsen anbefaler et vedvarende og systematisk fokus på børn i mistrivsel med henblik på opsporing af målgruppen

- Med henblik på opsporing af målgruppen bør fagpersoner have et vedvarende og systematisk fokus på børn, der udviser tegn på mistrivsel. Tegn på prænatal rusmiddeleksponering kan være reguleringsvanskeligheder, sarthed over for lys, lyd og berøring, motoriske- og/eller kommunikative funktionsnedsættelser, faglige vanskeligheder og/eller usædvanlige kontaktmønstre. Målgruppens karakteristika uddybes i forløbsbeskrivelsen.
- Ved bekymring for barnets trivsel og udvikling er det væsentligt, at fagpersonerne reagerer ved at underrette den kommunale familieafdeling.

<sup>1</sup> Læs mere i Forløbsbeskrivelse. Udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug på [socialstyrelsen.dk](http://socialstyrelsen.dk)

## 2 Identificér støttebehov gennem tværfaglig udredning

Både biologiske, psykologiske og sociale forhold har betydning for funktionsniveau og udviklingspotentiale hos et barn. Det er vigtigt, at der ved børn med mistanke om eller bekræftet prænatal rusmiddeleksponering foretages en tidlig og løbende tværfaglig udredning og undersøgelse, som kan danne udgangspunkt for, at de rette faglige tiltag bliver iværksat.

**Socialstyrelsen anbefaler at børn, som potentielt kan være i målgruppen, undersøges med blik for barnets livshistorie**

- Når fagpersoner skal afdække og udrede børn i mistrivsel, er det vigtigt at inddrage oplysninger om barnets foster-, fødsels- og spædbarnshistorik samt spørge ind til eventuelt rusmiddelbrug under graviditet. I takt med at barnet bliver ældre, kan vanskeligheder vise sig og/eller forværres, hvorfor der er behov for løbende opfølgning

**Socialstyrelsen anbefaler en tidlig og løbende tværfaglig udredning af funktionsevne hos børn i målgruppen og justering af indsats**

- Der bør foretages løbende udredning med udgangspunkt i det enkelte barns anamnese og aktuelle symptombillede samt dets relationelle miljø.
- I så fald de anbefalede indsatser ikke har den tilsigtede effekt, bør det give anledning til en mere uddybende udredning, justering af indsats og afprøvning af nye tiltag.

## 3 Helhedsorientering med indsatser baseret på aktuelt bedste viden

Børn i målgruppen kan udvikle en kompleksitet af og diversitet i deres funktionsnedsættelser, afhængig af genetiske faktorer og påvirkninger under og efter graviditeten. De faglige indsatser der igangsættes, bør have

til formål at forebygge, behandle og/eller begrænse følger af en nedsat funktionsevne og fremme udvikling af funktionsevnen. Det er vigtigt, at indsatserne retter sig mod både en udviklingsbaseret og en systembaseret tilgang.

**Socialstyrelsen anbefaler, at helhedsorienterede indsatser til målgruppen retter sig mod både funktionsnedsættelser og omgivelser**

- Gennem opvæksten vil børn i målgruppen have særlige behov og fx have brug for voksne, der kan understøtte, at barnet udsættes for passende krav og stimuli, heraf indgår i et miljø præget af forudsigelighed og tryghed. Dette fordrer, at omsorgs- og fagpersoner har viden om konsekvenserne af prænatal rusmiddeleksponering.
- Børn i målgruppen kan udvikle komplekse funktionsnedsættelser og i kombination hertil vokse op i et udsat miljø. Indsatsen bør adresserer barnets og familiens samlede behov og leveres i en form, så barnets udvikling understøttes mest hensigtsmæssigt.

**Socialstyrelsen anbefaler, at indsatserne er baseret på aktuelt bedste viden om målgruppen**

- Aktuell bedste viden om indsatser til målgruppen beskriver at omsorgs- og fagpersoner bør:
  - hjælpe og støtte barnet i at regulere sig selv bl.a. i forhold til søvn, spisning og adfærd.
  - understøtte barnets motorisk-, sproglig- og sociale udvikling.
  - anvende rehabilitering, recovery og psykoedukation som rammesættende tilgang for indsatsen.
  - sikre en systematisk vidensdeling af barnets behov, styrker og udfordringer, med særligt fokus på overgangsfaser.

## 4 Særligt fokus på børn i målgruppen som er anbragt uden for hjemmet

En høj andel af børn i målgruppen er anbragt uden for hjemmet, men den prænatale rusmiddeleksponering er ikke altid erkendt eller handlet på. De fleste anbringelser

af børn i målgruppen sker i plejefamilier. Det kan være en krævende opgave at give pleje til og understøtte udviklingen for et barn i målgruppen. Det kan være vanskeligt at adskille symptomer på tilknytningsvanskeligheder og følelsesmæssige belastninger fra de rusmiddelrelaterede funktionsforstyrrelser, og dermed er der en risiko for, at barnet ikke får den støtte, det behøver.

**Socialstyrelsen anbefaler, at når børn i målgruppen anbringes, bør det være i enten en forstærket eller specialiseret plejefamilie**

- Børn i målgruppen har vanskeligheder, der stiller særlige krav til barnets omsorgspersoner. En plejefamilie har brug for viden om følgevirkningerne ved prænatal rusmiddeleksponering og bør tilbydes støtte og redskaber, der kan understøtte barnets udvikling og forebygge sammenbrud i anbringelsen.

- For at sikre højt specialiserede indsatser bør der etableres et vidensberedskab i relation til målgruppen.
- Anvend VISO i sager vedrørende målgruppen, hvor man har behov for specialrådgivning som supplement til egne faglige kompetencer.

## 5 Tværfaglig og tværsektoriel koordinering omkring højt specialiserede indsatser

Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde mellem faggrupper med forskellige faglige vidensområder og tilgange er afgørende for både opsporingen og den efterfølgende indsats samt det gode forløb til målgruppen.

**Socialstyrelsen anbefaler, at allerede etablerede samarbejdsfora anvendes og styrkes**

- Kommunens familieafdeling og PPR samt relevante fagpersoner bør deltage i familieambulatoriets etablerede tværsektorielle samarbejde. Det kommunale samarbejde omkring børn i målgruppen kan ske i allerede lovpligtige samarbejdsfora som fx den tværfaglige gruppe (Sundhedsloven § 123).
- For at understøtte en velkoordineret tværsektoriel indsats over for målgruppen kan man i de eksisterende administrative kontaktfora mellem kommuner og sygehuse indgå samarbejdsaftaler med klart definerede beskrivelser af opgaveløsning på tværs af kommuner og region.

# 1. INDLEDNING



Målgruppen for denne forløbsbeskrivelse er børn og unge, som prænatalt har været eksponeret for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin, og som har komplekse følger heraf. Børn og unge i målgruppen vil have trivselsvanskeligheder og truet udvikling i en grad, hvor det påvirker deres funktionsniveau. Det kan være ikke erkendt, at den prænatale eksponering er en del af barnets og den unges historie, hvorfor de rette indsatser ikke tilbydes. Derfor er det for målgruppen af denne forløbsbeskrivelse afgørende, at den prænatale eksponering identificeres og handles på.

Der er meget viden om skadevirkninger hos fosteret som følge af morens indtag af alkohol under graviditeten, men også andre rusmidler og afhængighedsskabende lægeordineret medicin, er kendt for at have skadelige effekter på det ufødte barn. Alkoholindtag i graviditeten udgør en risiko for fosteret, også selv om det er sket, inden graviditeten er erkendt.

### **Erkendt eller ikke erkendt rusmiddeleksponering**

En gravid med kendt forbrug af rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin vil blive fulgt med specialiserede indsatser i svangreomsorgen. I svangreomsorgen vil der være et ekstra fokus på barnet, når det fødes med henblik på at identificere eventuelle medfødte følgevirkninger. En gravid, som har eller har haft et problematisk indtag af rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin, men hvor dette ikke bliver kendt af f.eks. jordemoder eller egen læge, vil alene tilbydes almen svangreomsorg, og barnet vil således ikke være omfattet af det særlige blik for evt. medfødte følgevirkninger.

### **Følgevirkninger kan forveksles med andre problematikker**

Følgevirkningerne kan have et meget forskelligt udtryk alt efter hvilke rusmidler, eller hvilken medicin der er tale om, hvor stort indtaget har været, og hvornår i graviditeten det har fundet sted. Barnets vanskeligheder kan desuden være diskrete til en start, men vise sig at være omfattende og komplekse, efterhånden som barnet vokser op. Målgruppens funktionsnedsættelser kan vise sig som eksempelvis opmærksomhedsforstyrrelser, sansemotoriske-, sproglige-, kognitive- eller eksekutive vanskeligheder. Vanskeligheder som også kan have baggrund i en anden årsagssammenhæng. Målgruppen

er også repræsenteret blandt gruppen af anbragte børn fra sårbare forældre, hvor omsorgssvigt og tilknytningsforstyrrelser er i fokus frem for evt. følgevirkninger af rusmiddelforbrug under graviditeten. Dette kan medføre, at børnenes vanskeligheder med relation til den prænatale eksponering overses eller underdiagnosticeres, og at der derfor ikke tilbydes den relevante og mest virksomme støtte.

Målgruppen er på denne baggrund afhængig af at møde fagpersoner, som kan identificere den bagvedliggende eksponeringsproblematik og iværksætte den relevante støtte modsvarende barnets specifikke vanskeligheder. Grundet målgruppens størrelse er der et begrænset grundlag i de enkelte kommuner for at opbygge og vedligeholde viden om de højt specialiserede indsatser, der skal til for at imødekomme målgruppens støttebehov. Formålet med forløbsbeskrivelsen er således at bidrage med relevant viden om målgruppen med henblik på at kvalificere den faglige indsats og sikre, at indsatserne indgår i den nødvendige tværsektorielle koordinering.

### **Sektorielle samarbejdsflader**

Forløbsbeskrivelsen tager udgangspunkt i højt specialiserede indsatser og tilbud, der har hjemmel i Lov om social service, sundhedsloven og folkeskoleloven. Disse indsatser vil ofte tilrettelægges i tæt koordination med andre indsatser, der ydes i henhold til andre lovområder. Forløbsbeskrivelsen berører sundheds- og undervisningsområdet, for så vidt angår relevante overgange og samarbejdsflader til socialområdet, da forløbsbeskrivelsen har til hensigt at understøtte koordinerede forløb med helhedsorienterede indsatser.

### **Arbejds- og referencegruppe**

I udarbejdelsen af forløbsbeskrivelsen har der været nedsat en arbejds- og en referencegruppe<sup>2</sup>, som har bidraget med relevant erfaring, viden og kvalitetssikring af rapporten. Forløbsbeskrivelsen bygger herudover på viden, der er fremkommet gennem en systematisk litteratursøgning i relevante nordiske og internationale forskningsmaterialer og databaser, som kan omsættes til dansk kontekst. Som baggrund for udarbejdelsen af

<sup>2</sup> Se mere om arbejds- og referencegrupperne i *Bilag 1: Om forløbsbeskrivelser*.



forløbsbeskrivelsen har der desuden været videns- og erfaringsindsamling fra de øvrige nordiske lande i form af dialogmøder med centrale aktører.

Forløbsbeskrivelsen præsenterer viden om virksomme metoder og indsatser til målgruppen og bidrager med et overblik over, hvilke aktører der potentielt kan indgå i et samarbejde om at tilbyde de bedst mulige udviklingsbetingelser for målgruppen.

## 1.1 Forløbsbeskrivelsens formål

Forløbsbeskrivelsen har til formål at understøtte sammenhængende forløb og styrke den faglige kvalitet i indsatsen. Forløbsbeskrivelsen er en overordnet faglig beskrivelse og et samlet sæt af anbefalinger, der kan understøtte koordinerede forløb for målgruppen. Forløbsbeskrivelsen er primært målrettet kommunale ledere med ansvar for planlægning af indsatserne og relevante fagpersoner, der møder målgruppen i deres arbejde. I forløbsbeskrivelsen kan man søge viden om specifikke indsatser, der imødekommer målgruppens behov.

## 1.2 Læseguide

Forløbsbeskrivelsen indeholder følgende kapitler, der dels beskriver målgruppen, indsatser hertil og organiseringen heraf.

*Kapitel 2* udfolder og konkretiserer målgruppeafgrænsningen, samt målgruppens karakteristika og størrelse.

*Kapitel 3* beskriver relevante faglige indsatser og redskaber, der er virksomme og hensigtsmæssige i forhold til at støtte og hjælpe børn og unge i målgruppen. Kapitlet er opdelt i fem afsnit, der først beskriver de gennemgåede principper for indsatserne, og herefter processen, hvor indsatserne er opdelt i opsporing, udredning, tiltag og opfølgning. Hvert af de fire processer uddyber hvilke indsatser, tiltag, metoder og redskaber der kan være relevante at anvende:

! Redskaber fremgår i bokse med et udråbstegn.

+ Praksiseksempler er i bokse med et plus.

\* Strategier til konkrete pædagogiske indsatser fremgår i bokse med en stjerne.

§ Relevant lovgivning fremgår med en paragraf.

*Kapitel 4* beskriver behovet for koordinering og samarbejde på tværs af social-, sundheds-, daginstitutions-, skole- og uddannelsesområdet, med henblik på at sikre sammenhængende forløb for børn i målgruppen.

*Kapitel 5* beskriver en økonomisk forløbsanalyse, der belyser direkte og afledte offentlige udgifter, der kan være forbundet med forskellige typer af forløb for målgruppen.

*Kapitel 6* beskriver kort Socialstyrelsens intentioner med anvendelsen og implementering af forløbsbeskrivelsen, og herefter fremgår en oversigt over de bilag der er vedhæftet rapporten.

## 1.3 Begrebsafklaring

Gennemgående i forløbsbeskrivelsen bliver der anvendt følgende begreber:

- "Barnet" eller "børn" dækker over hele aldersspændet fra 0-18 år, og anvendes derfor i stedet for "børn og unge". Nogle gange anvendes begreberne: Spædbørn, småbørn, skolebørn og unge, når en konkretisering er hensigtsmæssig.
- "Omsorgsperson" refererer til både biologiske- og plejeforældre. Der vil blive refereret til forældre, når det handler specifikt om forældre.
- "Komplekse funktionsnedsættelser" er knyttet til, at der enten er tale om en sværhedsgrad af en enkelt problemstilling eller en flerhed af problemstillinger hos barnet og/eller i barnets omsorgsmiljø, som skaber behov for en højt specialiseret viden eller indsats.
- "Kerneelementer" kan betragtes som faglige pejlemærker og retningslinjer, der kan anvendes til styrkelse af praksis.

- "Rusmidler" dækker over både alkohol og euforiserende stoffer.
- "Afhængighedsskabende medicin" dækker over lægemidler som fx benzodiazepiner, morfina og opioider.
- Hyppigt anvendte diagnosetilstande i forløbsbeskrivelsen er:
  - Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) – er samlebetegnelsen for medfødte skader som følge af udsættelse for alkohol i fostertilværelsen. Begrebet omfatter Partielt Føtalt alkoholsyndrom (pFAS) og Alcohol-relatede Neurodevelopmental Disorder (ARND), samt den alvorligste grad af føtal alkoholskade, Føtalt Alkoholsyndrom (FAS). (1).
  - Neonatal Abstinence Syndrome (NAS) er en klinisk diagnose, som skyldes et abrupt ophør af en prænatal eksponering for afhængighedsskabende medicin, alkohol, nikotin eller andre rusmidler (2).

## 2. MÅLGRUPPEN



Det generelle billede af børn, der prænatalt har været eksponeret for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin – eller en kombination af dette er, at eksponeringen kan have negative følgevirkninger for barnets trivsel og udvikling.

### Særligt alkohol har negativ effekt

Alle rusmidler, men særligt alkohol<sup>3</sup>, er kendt for at kunne have negativ effekt på og udgøre en belastning for barnets udvikling (3; 4). Børn eksponeret for alkohol har oftere en lavere fødselsvægt og –længde, de kan have medfødte misdannelser og behov for behandling på sygehus i tiden efter fødslen (5; 6; 7). Fysiske skader kan blandt andet være medfødt hjertefejl, nedsat syn og hørelse og misdannelser. Via MR skanning har man fundet en sammenhæng mellem reduceret hjernevolumen og øget alvorsgrad af FASD (8) Et højt eller dagligt forbrug af alkohol under graviditeten kan medføre at barnet får neurologiske udviklingsforstyrrelser<sup>4</sup> (9) og alkoholeksponeringen kan give vanskeligheder med sansbearbejdningen, det kan give adfærdsforstyrrelser, som fx negativ udadreagerende adfærd, især ADHD og autisme (4), oppositionel adfærd, humørsvingninger, angst og depression (10; 11; 12).

Illegale rusmidler som kokain, heroin, methamfetamin og marihuana er associeret til specifikke indlæringsvanskeligheder, mens ecstasy er associeret med motoriske vanskeligheder (13).

### Negativ effekt ved afhængighedsskabende medicin

Afhængighedsskabende medicin kan også have negative følger på et foster. Eksempelvis kan benzodiazepin øge risikoen for tidlig fødsel og lavere fødselsvægt, samt give barnet langvarige abstinenser og behov for sondeernæring i en længere periode. Denne form for medicin giver ikke umiddelbart risiko for alvorlige misdannelser (14; 15; 16; 17; 18; 19). Enkelte studier indikerer at børn, der prænatalt er eksponeret for benzodiazepin, kan udvikle emotionelle vanskeligheder i småbarnsalderen (3; 20), hvilket kan ses i sammenhæng med kvali-

teten af moderens følelsesmæssige nærvær i barnets første levemåned, såfremt hun stadig er under daglig påvirkning af benzodiazepin.

### Flere faktorer spiller ind i forhold til belastningsgraden

Når et barn i målgruppen får komplekse følger, er det et resultat af flere faktorer som gener, miljø i fosterlivet, dosis, fosterets udviklingsstadium ved eksponering og antal eksponeringer (21). Børn udsat for samme mængde af rusmiddel kan derfor have forskellige symptomer, ligesom andre beskyttende eller belastende faktorer, både før og efter fødsel, gensidigt kan påvirke hinanden og skabe en unik kombination af belastninger for det enkelte barn (18). Det betyder, at barnets udvikling og trivsel bestemmes af flere forskellige faktorer, både prænatalt og igennem opvæksten. Både biologiske, sociale og psykologiske faktorer kan have betydning for barnets eventuelle funktionsnedsættelse og udvikling. Det helt væsentlige for denne målgruppe er at øge mængden af tidlige og beskyttende faktorer omkring barnet for at minimere omfang og virkning af potentielle skader og belastninger.

### Risiko for multiudsathed

Målgruppen for forløbsbeskrivelsen kan udover egne komplekse funktionsnedsættelser også møde en udsathed i omsorgsmiljøet, hvilket betyder, at kombinationsfaktorerne udgør en risiko for barnets udvikling. Der kan i disse tilfælde være tale om, at barnet har et øget støttebehov, som skal imødekommes af forældre, der i forvejen kan have begrænsede ressourcer og kompetencer. På den måde kan målgruppens familier være "multiudsatte".

### Krav og forventninger fra omverdenen kan øge belastning

En øvrig faktor for børn i målgruppen er, at de gennem opvæksten kan opleve, at funktionsnedsættelserne blive mere belastende, eftersom de vil møde stigende og mere komplekse kognitive og sociale krav og forventninger fra omverdenen i forhold til fx opmærksomhed, hukommelse, planlægning, hæmning af impulser og følelsesmæssig regulering (18). Idet børn udvikler sig og samtidigt mødes af stigende krav fra omverdenen, kan følgevirkningerne af rusmiddeleksponeringen vise sig senere i livet. Ligeledes kan børn, der får den nød-

3 Alkohol er det farligste af alle rusmidler – set fra barnets perspektiv. Derfor anbefaler Sundhedsstyrelsen, at du ikke drikker alkohol under graviditeten, eller hvis du gerne vil være gravid.

4 Hvordan udviklingsforstyrrelserne kan komme til udtryk uddybes i afsnit 2.1

vendige støtte, forbedrer sit funktionsniveau så funktionsnedsættelserne i perioder, ikke har en kompleks karakter. Sværhedsgraden og kompleksiteten af barnets funktionsnedsættelser er derved foranderlig og skal evalueres løbende.

Målgruppen for forløbsbeskrivelsen udgør børn og unge under 18 år med komplekse funktionsnedsættelser som følge af prænatal eksponering for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin. Målgruppen har behov for en højt specialiseret indsats, der understøtter trivsel og udvikling, så barnet kan indgå i hverdagslivet, herunder familieviv, fritidsliv og dagtilbud/skole.

for lang tid til at vænne sig til sansestimuli og til at lære at lukke af for ikke relevante ydre stimuli. Spædbarnet kan derved nemt blive overstimuleret og kan opleves som hypersensitivt. Den utilpashed, som overstimuleringen kan medføre for spædbarnet, kan medvirke til, at det er mere udfordret i forhold til at have den fornødne energi og overskud til at indgå i kontakt og samspil med sine omsorgspersoner (18; 22).

Det alkoholeksponerede nyfødte barn kan være slapt, mens børn med NAS kan være mere stive og de kan efterfølgende have motoriske vanskeligheder, og når barnet bliver lidt ældre, kan barnet få vanskeligheder med fx øje-hånd koordination (23; 24; 25; 26).

## 2.1 Målgruppens karakteristika

Som beskrevet ovenfor kan et barn i målgruppen for denne forløbsbeskrivelse gennem opvæksten udvikle forskellige vanskeligheder, som har indflydelse på en lang række af færdigheder. Herunder beskrives de særlige vanskeligheder, børn udsat for rusmiddeleksponering, kan opleve gennem opvæksten, opdelt i fire faser; spædbarn, småbarn, skolebarn og ung.

### 2.1.1 Spædbørn

Spædbørn i målgruppen kan have vanskeligheder med at regulere søvn og vågenhed, hvilket kan give et søvnmønster, præget af korte perioder med søvn. De kan ligeledes have en brat overgang mellem at være rolige og græde, og når de græder, kan de være svære at trøste og få til at falde til ro. Spædbarnet kan have spiseproblemer ved amning eller flaske grundet umoden mund-motorik der udfordrer sutteteknikken. Samtidigt kan måltidet forstyrres af vanskeligheder med at regulere sanseindtryk forbundet med spisning og spisesituationen. Spædbarnet kan have vanskeligt ved at rumme flere udefrakommende og almindeligt forekommende ydre stimuli på samme tid. Spædbarnet kan have behov

#### + Eksempel på reguleringsvanskeligheder hos spædbarn

Ole blev eksponeret for en række rusmidler i fostertilværelsen. Hans reguleringsvanskeligheder viser sig ved at:

- Han kan pludselig vågne med gråd eller på et øjeblik skifte fra at ligge roligt på sin mors arm til at skribe.
- Hans krop er anspændt, når han ligger på puslebordet.
- Hans ben er stive og løftet op fra underlaget.
- Hans krop sitrer, og hans hud bliver marmorret, når han får tøj af.
- Han slapper af, når han bliver svøbt stramt i et tæppe.
- Han har svært ved at holde pause under øjenkontakt og reagerer ofte med gråd og uro.
- Han kæmper med at falde i søvn og vågner let ved den mindste uro eller egen bevægelse (18).

### + Eksempel på hypersensitivitet hos spædbarn

Beate anbringes akut tre dage gammel. Det er kendt at Beate har været eksponeret for en række medikamenter og alkohol. Hendes hypersensitivitet viser sig ved fx at:

- Hun er følsom over for lys.
- Hun har svært ved at tolerere berøring, hvilket ses ved, at hendes krop fx bliver spændt.
- Hun bliver stresset, spræller med armene, sitrer i nakken og bliver marmorert i huden, når hun pusles.
- Hun er forslugen og urolig, når hun får mælk.
- Hun lægges på en ammepude, når hun får mælk, så hun ikke forstyrres af den stimulering, hun får ved at ligge indtil plejemors krop (18).

Målgruppen for forløbsbeskrivelsen er karakteriseret ved at have en grad af de udfordringer, som oplistes ovenfor, hvilket betinger støttebehov og indsatser af højt specialiseret karakter.

**Det er væsentligt at pointere**, at de ovenfor oplyste særlige kendetegn samlet eller hver for sig, ikke kan siges at være direkte holdepunkter på, at barnet har været prænatalet eksponeret for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin.

### CASE: Spædbarn, som fejlagtigt antages at være prænatalet rusmiddelksporeret

Søren anbringes sammen med sin mor på mor-barn hjem, da han er tre uger gammel efter at være blevet indlagt på sygehuset, sitrende og i dårlig trivsel- og ernæringstilstand. Moderen beskrives som lettere retarderet, og hun er ikke kendt i systemet. Hun har haft vanskeligt ved at få ham til at spise og sove. Søren gylper meget, og det er svært at få ham til at tage på. Man vurderer på baggrund af opholdet på mor-barn hjemmet, at Søren på grund af moderens meget begrænsede forældreevner, skal anbringes i plejefamilie. Herudover konkluderes det, at Søren skal tilgås som et barn med en føtal alkoholskade grundet hans symptomer, og at kommunen har observeret tomme øldåser i moderens lejlighed ved hjemmebesøg. Lederen af opholdsstedet har været på kursus i tilgang til føtal alkoholskadede børn og tilrettelægger en hverdag, hvor Søren begrænses meget i stimuli: få omsorgspersoner, ingen andre børn eller husdyr i plejefamilien, intet legetøj. Søren kommer i en plejefamilie, som i løbet af Sørens første leveår gør sig den erfaring, at han mistrives med de reducerede indtryk. De oplever, at han nyder at være sammen med andre børn, og han bliver fx motiveret i sin motoriske udvikling ved dette samvær. Ved étårs-alderen udredes Søren grundigt, og forholdene omkring hans fostertilværelse afdækkes. Hypotesen om, at han er prænatalet eksponeret for alkohol afvises, og den tidlige skærmede indsats er hermed misforstået og har muligvis haft en negativ effekt for Sørens udvikling.

### 2.1.2 Småbørn

Hypersensitivitet og reguleringsvanskeligheder vil ofte også være en udfordring for de små børn, og kan følge barnet videre i opvæksten. Barnet kan herudover have motoriske vanskeligheder med fx nedsat øje-hånd koordination, opmærksomhedsproblemer som fx svært ved at huske rækkefølge og at lære af tidligere erfaringer, sansemæssige vanskeligheder som fx svært ved at spise, og det kan blive uroligt og udadreagerende, når det er i uoverskuelige situationer. Barnet kan desuden have svært ved at falde ind i en leg sammen med andre børn (18).

#### **CASE: Maries udfordringer i børnehaven**

Maries mor havde under graviditeten et kendt misbrug af benzodiazepin frem til 12. uge og cannabis frem til 28. uge. Marie blev anbragt som spæd. Hun går i almen børnehaven med støtte, og hun følges på familieambulatoriet. Marie er vurderet alderssvarende begavet, men med en 'skæv' kognitiv profil, herunder en relativt lav forarbejdningshastighed. Marie har store sansemæssige vanskeligheder, hun er særdeles lydfølsom og samtidigt selv meget lydproducerende. Marie er ikke renlig og hun har mange konflikter med de andre børn i børnehaven, hvis der ikke er meget tydelig voksenstyring. Børnehaven har fået tildelt ekstra ressourcer, for bedst muligt at kunne understøtte det pædagogiske læringsmiljø omkring Marie, og hun trives bedst, når hun fx forberedes på, hvad der skal ske i løbet af dagen. På samme måde fungerer hun bedst, når enten plejemor eller plejefar har fuldt fokus på Marie i hjemmet, og når hverdagen er forudsigelig. Når dette ikke kan oprettholdes, er det som om, at Maries verden falder fra hinanden, hun bliver udadreagerende, går tilbage i udvikling og bliver eksempelvis meget småt spisende.

### 2.1.3 Skolebørn

Børn med FASD i alderen 5 - 18 år har ofte eksekutive vanskeligheder<sup>5</sup>, som kan vise sig ved problemer med planlægning, fleksibel opmærksomhed og arbejdshu-kommelse. De kan også have svært ved at hæmme impulser og holde opmærksomheden mod en afgrænset opgave. For børn med FAS ses, at graden af de eksekutive vanskeligheder stiger i takt med alderen, begyndende fra 5-års alderen og frem til 12-års alderen (27). Hos børn i alderen 8 til 12 år med en FASD diagnose, ses øget komorbiditet i form af blandt andet ADHD, kognitive- og indlærings vanskeligheder og autisme (28). Børn i 12-års alderen kan udvise psykoselignende symptomer, hvis de har været eksponeret for et højt forbrug af alkohol under graviditet. Symptomerne kan vise sig ved hallucinationer, vrangforestillinger og oplevelser af tanke interferens (9)

Mange børn diagnosticeret med FASD har betydelige sanseintegrationsvanskeligheder. Disse symptomer giver ADHD lignende adfærd. Erfaringer fra praksis viser, at de første tegn på at barnet har faglige vanskeligheder i skolen, kan vise sig ved, at barnet har svært ved at 'knække' læsekoden eller får svært ved skoleopgaverne, når abstraktionsniveauet stiger omkring 6. klasse. Tidlige tegn på adfærdsmæssige vanskeligheder kan vise sig ved udtalt temperament og impulsivitet (29). De kognitive og adfærdsmæssige vanskeligheder, som er identificeret i barndommen, forsvinder ikke umiddelbart med tiden (29; 30).

Børn med følger af prænatal eksponering for alkohol giver udtryk for, at deres vanskeligheder begrænser deres hverdag og giver dem en følelse af at være anderledes. De oplever vanskeligheder i forhold til deres kognitive og mentale sundhed, såvel som med at finde venner, gå i skole og på arbejde. Forældrene ser de samme vanskeligheder, som børnene beskriver, de oplever dog ydermere, at deres barn kan være naivt, blive udnyttet og befinde sig i det forkerte sociale miljø (31).

5 Eksekutive funktioner er betegnelse for processer, der kontrollerer og styrer kognitive, emotionelle og adfærdsmæssige funktioner, og de omhandler barnets evne til planlægning, organisering, impuls-kontrol, selvregulering, fleksibilitet, fokusskift og evne til at finde strategier.

**CASE: Katrines udfordringer i skolen**

Katrine på 8 år blev anbragt kort efter fødslen. Katrines mor drak alkohol i den første del af graviditeten, ca. 45 genstande om ugen frem til, at graviditeten blev kendt i 10½ uge. Katrines mor er diagnosticeret med ADHD. Katrine får trods den kendte alkoholeksponering ingen diagnoser relateret hertil, men diagnosticeres ved 5 års alderen med ADHD. Udfordringerne beskrives som massive for plejeforældrene trods ADHD pædagogisk struktur, piktogrammer og forudsigelighed. Katrine går i specialklasse, hvor hun ses relativt velreguleret med voksenstyrede aktiviteter, men hjemme og når der ikke er voksenstyring, bliver hun ekstremt kravafvisende og udadreagerende.

**CASE: Lasses udfordringer i ungdomslivet**

Lasse blev anbragt ved fødslen, hans mor havde et kendt og massivt blandingsmisbrug af blandt andet alkohol før og under graviditeten. Plejeforældrene fortæller, at Lasse altid har søgt sit eget selskab for at få ro. Han har en meget tydelig ADHD profil, flirter med stoffer som selvreguleringsstrategi/selvmedicinering, da det giver ham ro. Lasse har gået i almen skole med tiltagende støtte. Slutningen af folkeskolen var præget af skolefravær. Lasse isolerede sig på sit værelse og fik vendt helt op og ned på sin døgnrytme. Lasse har nu som 16-årig depressive træk og har givet udtryk for ikke at ville leve mere. Der afprøves forskellige former for praktik, og plejeforældrene modtager supervision.

**2.1.4 Unge**

Generelt møder unge i alderen 15–24 år i denne målgruppe flere problemer sammenlignet med ikke-eksponerede unge. Blandt de unge i målgruppen er der færre, der har afsluttet folkeskolen, de modtager oftere sociale ydelser/indsatser, de er oftere i kontakt med sundhedssystemet i relation til mentale og adfærdsmæssige vanskeligheder, herunder ADHD og intellektuel funktionsnedsættelse. Der ses også en øget forekomst af kriminalitet og risiko for misbrug samt øget forekomst af anbringelse uden for hjemmet blandt unge i målgruppen (5).

Risikoen for mentale og adfærdsmæssige vanskeligheder er dobbelt så stor hos unge i målgruppen sammenlignet med unge uden prænatal eksponering. Det konstateres i et studie (6), at risikoen for mentale og adfærdsmæssige vanskeligheder var størst hos unge i målgruppen med lav fødselsvægt, risikofaktorer relateret til moderen (fx kriminalitet og sociale indsatser) og placering mindst en gang uden for hjemmet.

**2.2 Målgruppens størrelse**

Det er vanskeligt at estimere og danne sig et overblik over antallet af børn der prænatalt har været eksponeret for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin. Endnu vanskeligere er det at estimere størrelsen på målgruppen for forløbsbeskrivelsen, altså børn med komplekse følger af den prænatale eksponering for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin. Baggrunden for denne usikkerhed er, at der ikke foregår en systematisk og struktureret opsporings- og registreringspraksis på området (9; 32). Den opsporing og registrering der findes, foregår primært på familieambulatorierne, der er et tilbud til udsatte gravide med forbrug af rusmidler/afhængighedsskabende medicin (33). Det må formodes, at familieambulatorierne opsporer og identificerer en del af de børn, hvor moderen har et forbrug af rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin i graviditeten. Det er dog ikke alle børn og gravide, der bliver opsporet og registreret gennem familieambulatorierne. Det rapporteres fra praksis, at mange kvinder først efter fødslen fortæller om et rusmiddelforbrug. Det formodes således at være et område, der generelt er præget af underdiagnosticering og et ukendt mørketal (32; 33).



### Forekomst af børn født med forskellige udviklingsforstyrrelser, tal fra Sverige og USA

Rangmar & Sarman (34) har relateret tilgængelige tal for FAS og FASD diagnoserne til to velkendte udviklingsforstyrrelser, Down syndrom og autisme i henholdsvis USA og Sverige. Relationen fremgår af tabel 1, der viser at forekomsten af børn født med FAS er tæt på eller højere end niveauet af børn født med Downs syndrom. Forekomsten af børn født med FASD er på samme eller højere niveau end børn født med autisme i henholdsvis USA og Sverige (34). Disse tal kan være med til at give et perspektiv på omfanget af underdiagnosticering og mørketal.

**Tabel 1:** Forekomst af forskellige udviklings anormaliteter hos børn.

Diagnose	Per 1000 fødte børn
FAS (USA, 2018)	1,3-6
Downs syndrom (USA, 2014; Sverige, 2015)	1,4; 1,0
FASD (USA, 2018)	11-50
Autisme (USA, 2012; Sverige, 2012)	14,6; 10-12

**Kilde:** Jenny Rangmar og Ihsan Sarman, 2021. Medfödda alkoholskader hos barn – om FAS och FASD.

### 2.2.1 Tilgængelige registre og diagnosekoder

I Landspatientregisteret findes der en række diagnosekoder, som i et vist omfang gør det muligt at give et bud på størrelsen af gruppen af børn og unge med prænatal eksponering for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin i Danmark (se Bilag 2: Diagnosekoder). Det er for det første de enkelte diagnoser, der direkte kan relatere skader hos barnet til moderes forbrug af rusmidler. Det er diagnoser som Føtal Alkohol Syndrom (FAS) og abstinenssymptomer hos barnet som følge af moderens forbrug af rusmidler (NAS) (9; 32). Der registreres hvert år mellem 50 og 100 børn som fødes med abstinenssymptomer, og i gennemsnit bliver 11 børn pr. fødselsårgang diagnosticeret med FAS (32). For det andet er det de diagnosekoder, som familieambulatorierne anvender til registrering af moderens forbrug af rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin i graviditeten (32; 33).

### Afgrænsning af målgruppen

Socialstyrelsen har på baggrund af Landspatientregisteret, foretaget en registerbaseret opgørelse over antallet af børn mellem 0-17 år, der er registreret med en diagnose som definerer forekomst af prænatal eksponering for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin (se tabel 2). Opgørelsen viser det samlede kumulative antal, og et barn vil heraf indgå i målgruppen fra det år, hvor barnet første gang er registreret. Den kumulative opgørelsesmetode er valgt på baggrund af, at eventuelle skader og funktionsnedsættelser, anses som at være varige tilstande. Det skal bemærkes, at opgørelsen i tabel 2 ikke viser, hvorvidt disse børn har udviklet skader og funktionsnedsættelser, eller om deres funktionsnedsættelse har en kompleksitet som inkluderer dem i målgruppen for denne forløbsbeskrivelse.

### Registerbaseret opgørelse over målgruppens størrelse

Nedenstående tabel 2 viser antallet af børn mellem 0-17 år, der i et eller andet omfang, prænatalt har været eksponeret for rusmidler. Disse børn er i en øget risiko for, at få varige skader og funktionsnedsættelser som følge af den prænatale eksponering til rusmidler. Det seneste tal for 2018 viser, at 3.206 børn er registreret for prænatal rusmiddeleksponering. I gennemsnit er der årligt i perioden 2014-2018 registreret omkring 300 nye børn i målgruppen.

**Tabel 2:** Antallet af børn mellem 0-17 år, som er registreret med prænatal eksponering af rusmidler

	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Målgruppen, totalt</b>	1.996	2.208	2.609	2.906	3.206

**Anm.:** Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik. Opgørelsesdato er pr. 31/12. For nærmere beskrivelse af anvendte diagnosekoder og registre til afgrænsning og opgørelse af børn med prænatal rusmiddeleksponering (se Bilag 2: Diagnosekoder).

**Kilde:** Registerdata fra Danmarks Statistik.

## 2.3 Anbringelse uden for hjemmet

Figur 1 herunder viser andelen af børn, der er diagnosticeret i relation til prænatal eksponering for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin, og som er anbragt uden for hjemmet fordelt på leveår. Det fremgår, at en væsentligt højere andel af børn i målgruppen er anbragt uden for hjemmet (13-51 pct.) sammenlignet med børn og unge uden denne prænatale eksponering (0,2-2,1 pct.) over barnets første 19 leveår. Særligt børn udsat for prænatal alkoholeksponering er i højere grad anbragt uden for hjemmet (21-61 pct.) over deres første 19 leveår.

Figur 2 viser andelen af børn diagnosticeret med en rusmiddeleksponering, som er anbragt uden for hjemmet fordelt på leveår og anbringelsesform; slægts- og netværkspleje, familiepleje og institutionsanbringelse. Det fremgår, at den største andel af børn og unge med prænatal rusmiddeleksponering er anbragt i familiepleje (12-38 pct.). Det svarer til, at ca. 72-89 pct. af alle anbragte børn og unge med prænatal rusmiddeleksponering er anbragt i plejefamilie.

### VISO henvendelser viser manglende erkendelse af/fokus på rusmiddeleksponeringen

VISO har gennemført en sagsanalyse af henvendelser vedrørende målgruppen for perioden 2019-2021<sup>6</sup>. Størstedelen af henvendelserne vedrørte anbragte børn, hvor den prænatale rusmiddeleksponering ikke var erkendt eller tillagt betydning før henvendelsen til VISO, hvorfor den rette støtte ej var etableret. I VISO's henvendelser ses det, at der typisk er tale om et anbragt barn i kombination med en eller flere af nedenstående kendetegn:

- Anamnese med bekræftet eller mistænkt rusmiddel-forbrugende forældre
- Lav fødselsvægt
- Trivselsvanskeligheder som spæd
- Evt. en ADHD diagnose
- Sanseforstyrrelser
- Eventuelt påvirket kognitivt funktionsniveau – ned-sat samlet IK eller ujævn kognitiv profil

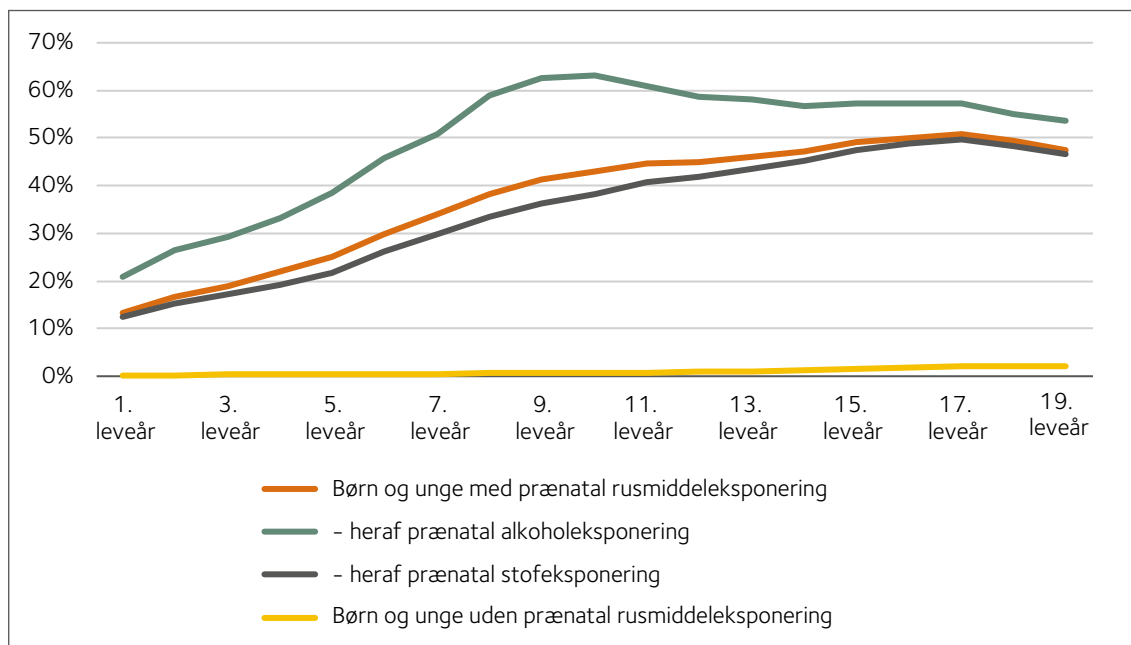
#### CASE: Anton bliver anbragt i plejefamilie

Anne opdagede først, at hun var gravid, da hun var i uge 23. Grundet spinkelt socialt netværk, nedsatte kognitive ressourcer, ADHD og svær epilepsi blev der aftalt frivillig anbringelse, hvor plejefamilien kom ind i billedet allerede i slutningen af Annes graviditet. Anne bevarer forældremyndigheden over sønnen Anton og samarbejder positivt med de sociale myndigheder samt med plejeforældrene. Da Anton var 2 år gammel, blev plejefamilien via Annes netværk informeret om Annes stof- og alkoholmisbrug under graviditeten. Anton blev født i uge 39 med normal vægt, længde og fuld APGAR<sup>7</sup> score ved fødsel. Han blev udskrevet fra sygehuset til plejefamilien kort tid efter fødslen. Plejefamilien beskriver, at Anton fra starten var meget urolig, vanskelig at få til at spise og sove og han blev let overstimuleret. 2-3 måneder gammel ville Anton ikke ligge ret meget på maven og løftede ikke hovedet.

6 VISO's sagsanalyse bygger på 12 sager fra perioden 2019 til 2021

7 APGAR er et pointsystem til vurdering af det nyfødte barns tilstand lige efter fødslen.

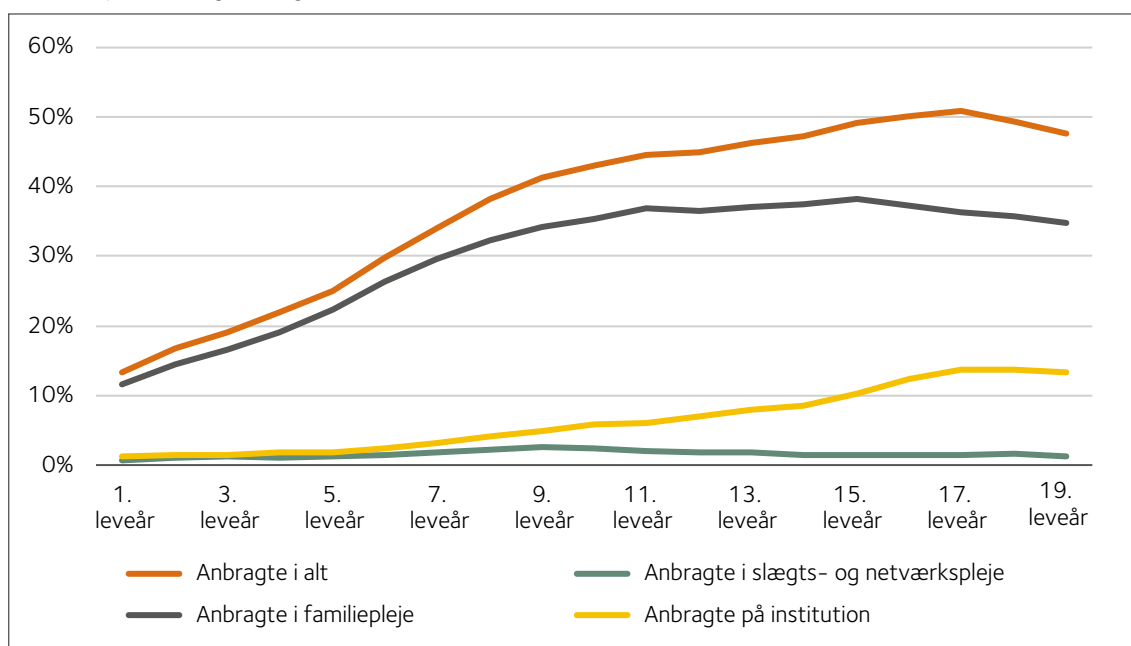
**Figur 1:** Andel børn med og uden prænatal rusmiddeleksponering anbragt uden for hjemmet i perioden 1.-19. leveår fordelt på leveår



**Anm.:** Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik. For afgrænsning af målgruppen af børn og unge med prænatal rusmiddeleksponering se Bilag 10.10. Første leveår angiver kalenderåret, hvor barnet er blevet født. N = 291-839.592.

**Kilde:** Registerdata fra Danmarks Statistik.

**Figur 2:** Andel børn og unge med prænatal rusmiddeleksponering anbragt uden for hjemmet i perioden 1.-19. leveår fordelt på leveår og anbringelsesform



**Anm.:** Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik. For afgrænsning af målgruppen af børn og unge med prænatal rusmiddeleksponering se Bilag 10.4. Første leveår angiver kalenderåret, hvor barnet er blevet født. N = 719-2.951.

**Kilde:** Registerdata fra Danmarks Statistik.

## 3. FAGLIGE INDSATSER



Afsnittet om faglige indsatser tager udgangspunkt i to overordnede og rammesættende faglige tilgange, nemlig en udviklingsbaseret og en systembaseret tilgang. Disse tilgange vurderes særligt relevante for indsatser til målgruppen. (35).

- *Den udviklingsbaserede tilgang* ser på barnets vanskeligheder ud fra et neurologisk udviklingsperspektiv. Barnets nedsatte funktionsniveau anses som neurologisk betinget, og funktionsnedsættelser kan vise sig inden for fx kognition, indlæring, kommunikation og opmærksomhed. Dette perspektiv leder til tiltag, der retter sig mod at understøtte barnets udvikling både i forhold til udvikling af færdigheder, men også i forhold til kompensation for funktionsnedsættelser, eksempelvis hjælpemidler eller støttetiltag som visuel struktur (35). Tilgangen har relevans i forhold til målgruppen, fordi den prænatale eksponering udgør en risiko for fosterets udvikling, og kan medføre mangelfuld eller fejlagtig udvikling af fx hjernen og nervesystemet. Desuden er det relevant for målgruppen i kraft af en formodet sammenhæng mellem barnets øvrige somatiske forhold, som fx genetiske dispositioner, og udviklingen af komplekse følger af den prænatale eksponering.
- *Den systembaserede tilgang* har som fokus at ændre på de omgivelser og den kontekst, som barnet er en del af for derigennem at understøtte, at barnet

udvikler resiliens. Tilgangen har ligeledes fokus på, at barnet har brug for omfattende, koordinerede og skræddersyede indsatser på tværs af systemer op gennem barndom og ungdom (35). Den systembaserede tilgang er relevant for målgruppen i kraft af det faktum, at risiko for udvikling af komplekse følger er associeret med relationelle og kontekstuelle faktorer i barnets liv (18).

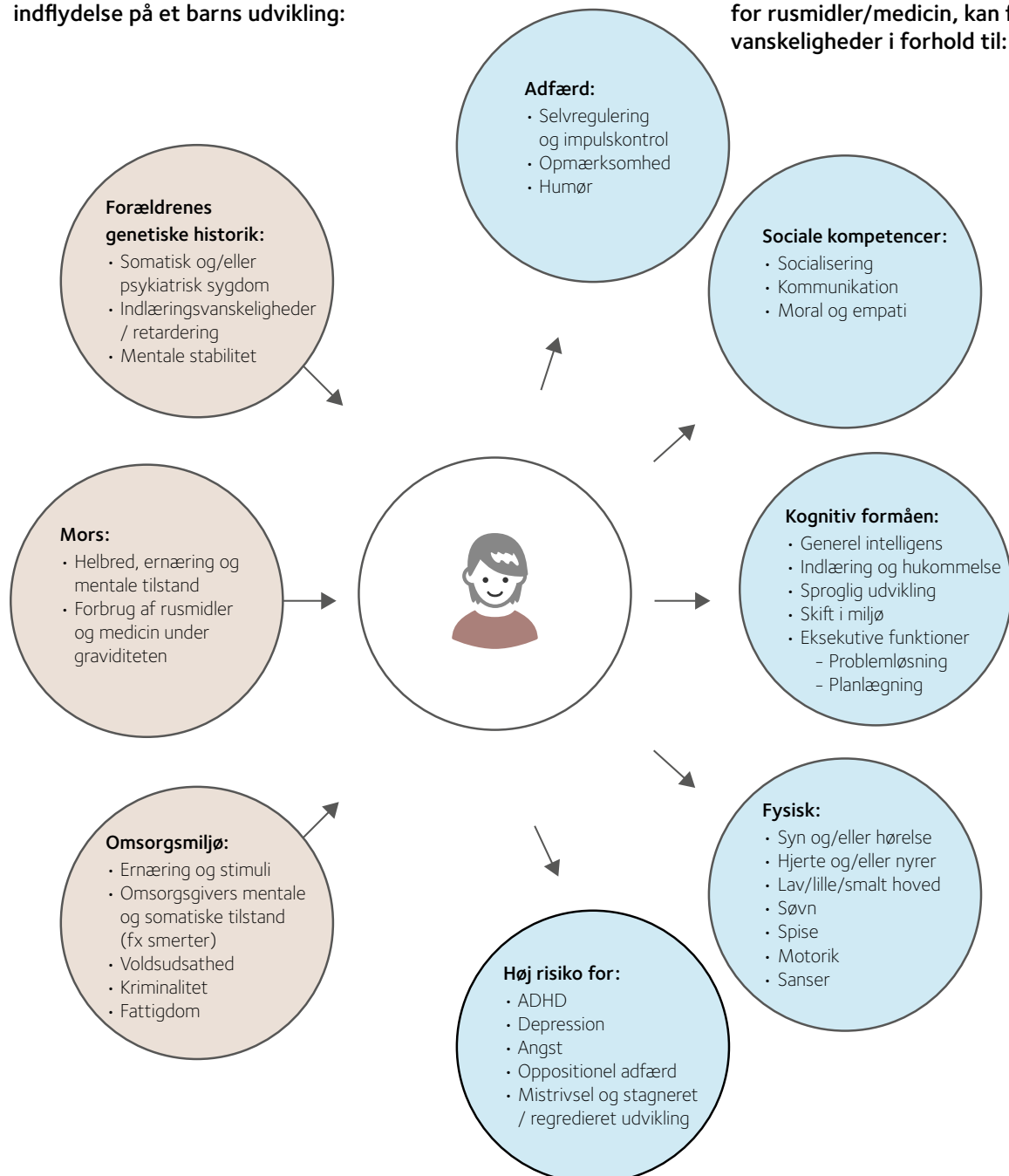
### **Påvirkning og vanskeligheder i relation til barnets udvikling**

Børn i målgruppen kan alt afhængig af både genetiske faktorer og påvirkninger under og efter graviditeten, udvikle en kompleksitet af og diversitet i deres funktionsnedsættelser og vanskeligheder (36). Den faglige indsats adresserer barnets vanskeligheder med det formål at forebygge, behandle eller begrænse følger af en nedsat funktionsevne samt fremme udvikling af funktionsevnen. Se figur 3 om faktorer der påvirker, og de vanskeligheder det kan medføre i et barns udvikling.

Figur 3: Influerende faktorer på et barns funktionsevne<sup>8</sup>.

Faktorer, der kan påvirke og have indflydelse på et barns udvikling:

Et barn, prænatalt eksponeret for rusmidler/medicin, kan få vanskeligheder i forhold til:



8 Figuren er designet med inspiration fra Kalberg og Buckley (36)

### 3.1 Gennemgående principper i indsatsen

Der er en række principper, som bør være gennemgående og rammesættende for den indsats, målgruppen modtager.

- *Helhedsorientering.* Børn i målgruppen kan udvikle komplekse funktionsnedsættelser og i kombination hertil vokse op i et udsat miljø. Det er derfor væsentligt, at indsatsen adresserer barnets og familiens samlede behov med forståelse for det biopsykosociale samspil, så barnets udvikling understøttes mest hensigtsmæssigt (37).
- Tilgangen til barnet tager udgangspunkt i:
  - *Rehabilitering*, med det formål at støtte udviklingen hos personer med medfødt eller tidlig erhvervet funktionsnedsættelse. En rehabiliterende indsats sættes ind fra tidlig barndom og har til formål at forebygge funktionsnedsættelser og at udvikle barnets færdigheder fysisk, psykisk, kognitivt og/eller socialt, så man kan indgå i et meningsfuldt og tilfredsstillende liv, som man selv er med til at definere (38).
  - *Recovery-tilgangen*, som er et menneskesyn, hvor personen mødes med værdighed, medfølelse og respekt og gennem selvbestemmelse bliver definerende for sin egen proces, med fokus på udviklingspotentialer (38).
  - *Psyko-education*, der understøtter at barnet får hjælp til at forstå sig selv. Barnet skal kende til og forstå sin historie og årsagen til dets udfordringer. Ingen forældre ønsker at skade deres ufødte barn, og dette skal også formidles til barnet. Der skal være fokus på at bearbejde og skabe/bevare en god relation mellem barn og forælder (39).
- *Tværfagligt samarbejde og koordinering.* Indsatsen bør være tværfaglig og tværgående, og det er derfor væsentligt, at relevante fagpersoner koordinerer forløbet, så den rette indsats tilbydes på det rette tidspunkt, og at sammensætningen af tiltag løbende justeres og tilpasses barnets behov.
- *Viden.* En kvalificeret indsats er baseret på aktuelt bedste viden om børn med komplekse følger af prænatal eksponering for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin, herunder metoder og faglige tilgange, der er relevante for indsatsen. Det er derfor væsentligt, at viden om målgruppen er tilgængelig for de fagpersoner, der er en del af barnets hverdag. Ligeledes er viden om det enkelte barns forudsætninger for at møde verden en forudsætning for at kunne skabe miljøer, der støtter det enkelte barn.

#### > VISO

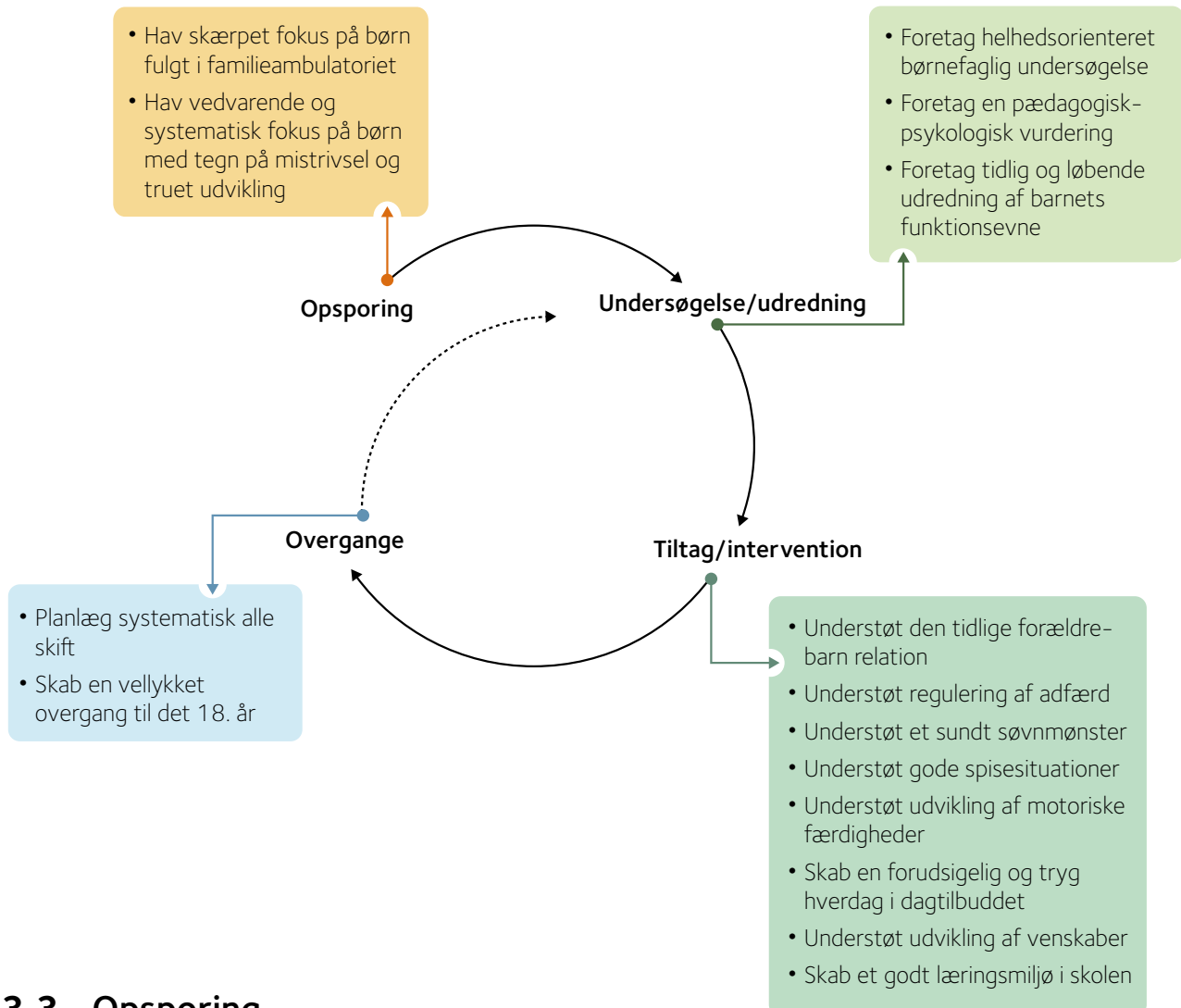
Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) er en del af Socialstyrelsen og har opgaver fastlagt i serviceloven. VISO rådgiver kommuner og borgere samt kommunale, regionale og private tilbud. VISO kan fx rådgive om, hvordan kommunen kan tilrettelægge en faglig indsats, eller hvad et fagligt tilbud kan indeholde til børn med komplekse følger af prænatal eksponering for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin. VISO's rådgivning er vejledende og kan bidrage til at styrke beslutningsgrundlaget hos kommunen, der har myndigheden til at træffe afgørelser om, hvad der kan sættes i værk i den enkelte sag.

[Læs mere om, hvad VISO kan tilbyde på socialstyrelsen.dk.](https://socialstyrelsen.dk)

### 3.2 Centrale stadier og kernelementer i den faglige indsats

En faglig indsats til målgruppen omhandler opsporing, undersøgelse/udredning, tiltag og overgange. Disse fire områder anses alle for at være centrale stadier i indsatsen. Under hvert stadie indgår en række kernelementer, som både retter sig mod indsats til børn, der vokser op hos biologiske forældre og børn, som er anbragte.

Figur 4: Centrale stadier i indsatsen til børn og unge i målgruppen



### 3.3 Opsporing

Opsporing af børn med komplekse følger af prænatal eksponering for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin er væsentligt, i forhold til at kunne sætte tidligt ind med den rette indsats. Forskning viser, at jo tidligere det opdages, at et barn ikke trives desto større chance er der for, at barnet bliver hjulpet til øget trivsel. Erfaringer viser samtidig, at det kan være udfordrende at identificere børn i udsatte positioner, hvilket også gør sig gældende for denne målgruppe. Den manglende opsporing udgør en stor barriere for at danne sig et reelt billede af målgruppens størrelse (33). En af forklaringerne kan være, at man i praksis har meget lidt kendskab til, hvilke kendetegn man skal være opmærksom på hos disse børn, og kendetegnene synes heller ikke at være entydige (40).

Tegn på mistrivsel hos børn kan være forskellige, og forudsætningen for at kunne hjælpe disse børn er, at de voksne omkring barnet er opmærksomme på selv små tegn på mistrivsel (41). Herunder oplistes de særlige kendetegn, som fagpersoner bør være opmærksomme på for at opspore målgruppen, uden at disse kendetegn dog samlet eller hver især kan siges at være klare symptomer på eller holdepunkter for, at barnet har været prænalt eksponeret for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin:



**Tablet 3:** - Opmærksomhedspunkter<sup>9</sup> ifm. opsporing af børn i målgruppen

Alderstrin	Opmærksomhedspunkter
<b>Spædbørn</b>	<p>Lav fødselsvægt.</p> <p>Vanskeligheder i forhold til at regulere søvn og vågenhed samt ved at indtage mad.</p> <p>Hurtig vejrtrækning.</p> <p>Meget ked af det og svær at trøste.</p> <p>Sansesart over for lys, lyd, lugt og berøring.</p> <p>Svært ved øjenkontakt, enten undvige/langvarige pauser/stirre uden at kunne afbryde</p> <p>Hyper-/hypoaktivitet.</p> <p>Problemer med den tidlige sproglige/kommunikative udvikling, gestik, mimik, pludren, m.m.</p> <p>Forsinket motorisk udvikling.</p>
<b>Småbørn, som ovenfor +</b>	<p>Usædvanlige kontaktmønstre - enten påfaldende afvisende eller ukritisk opsøgende i kontakten til både børn og voksne.</p> <p>Nedsat hørelse og syn.</p> <p>Forsinket sprogudvikling.</p>
<b>Skolebørn, der har svært ved at:</b>	<p>Igangsætte aktiviteter, fastholde en aktivitet, være opmærksom og have overblik.</p> <p>Planlægge og gennemføre opgaver som er sammensatte og går over tid.</p> <p>Huske, særlig korttidshukommelsen er dårlig.</p> <p>Overføre erfaringer fra en situation til en anden.</p> <p>Forstå matematiske begreber som fx knytter sig til tid og penge.</p> <p>Forstå nuancer i sproget.</p> <p>Forudse konsekvenser af handlinger, og kan være impulsiver.</p> <p>Usædvanlige kontaktmønstre, påfaldende afvisende eller ukritisk opsøgende i kontakten (42).</p>
<b>Unge, der har svært ved:</b>	<p>Dagligdagsrutiner såsom at gå i bad, børste tænder og pakke skoletaske i markant højere grad end hos jævnaldrende.</p> <p>Indsovning.</p> <p>At overskue dagligdagen, i højere grad end jævnaldrende.</p>

### 3.3.1 Hav skærpet fokus på børn fulgt i familieambulatoriet

Når et barn eller dets mor følges/har været fulgt i et af regionens familieambulatorier, er det væsentligt, at kommunens familieafdeling i samarbejde med PPR har en særlig opmærksomhed på dette barn med henblik på at vurdere, hvorvidt barnet eller familien har behov for særlig hjælp og støtte.

Praksis i familieambulatoriet viser, at der samarbejdes med den kommunale familieafdeling under graviditeten, hvor fokus er at sikre hjælpeforanstaltninger til barnet og familien i forbindelse med graviditet, fødsel og tiden herefter. Det tilstræbes, at samarbejdet med den kommunale familieafdeling etableres umiddelbart efter første

konsultation i familieambulatoriet, således at den rette hjælp kan iværksættes under graviditeten eller direkte efter fødslen.

Familieambulatoriet udarbejder en individuel føde-/børneplan for den gravide og det kommende barn, herunder om der er særlige forholdsregler i forhold til barnet efter fødslen, fx om barnet kan have behov for indlæggelse på neonatal afdelingen. Den kommunale familieafdeling kan anmode om sundhedspersonalets beskrivelser fra indlæggelsen samt et udskrivningsmøde.

I de tilfælde, hvor den kommunale familieafdeling og evt. PPR har været inddraget i forløbet i familieambulatoriet, bør der fortsat være fokus på barnets udvikling, efter det afsluttes i familieambulatoriet. Dette er vigtigt, da det er sandsynligt for denne målgruppe, at udfordringerne viser sig senere i opvæksten, og kan forværres over tid. Det er ligeledes vigtigt, at viden om barnets

<sup>9</sup> Opmærksomhedspunkterne er udarbejdet med input fra fagpersoner, der har særlig viden om målgruppen.

prænatale eksponeringen, efter samtykke fra forældrene, bliver formidlet videre til eksempelvis dagtilbud og skole, så barnet udfordringer bliver mødt og forstået, hvis og såfremt det får behov for hjælp senere i livet.

Børneopfølgningen i familieambulatoriet er et frivilligt tilbud, og i nogle tilfælde ønsker forældrene forløbet afsluttet tidligere end planlagt. Ved bekymring sender familieambulatoriet en underretning til den kommunale familieafdeling. Den kommunale familieafdeling bør i forhold til denne målgruppe være særligt opmærksom på underretninger modtaget fra familieambulatoriet, og der bør indkaldes til et netværksmøde med relevante fagpersoner hurtigst muligt for at afklare, hvorvidt der er behov for særlig hjælp og støtte.

### § Skærpet underretningspligt

Lov om social service tilsiger, at personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, er forpligtede til at underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af deres arbejde får kendskab til eller grund til at antage, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold (Lov om social service § 153, stk. 1, nr.2).

Den skærpede underretningspligt er en skærpelse af den almindelige underretningspligt, idet der er pligt til at underrette alene på baggrund af en formodning om, at der kan være behov for støtte. Kommunalbestyrelsen skal senest 6 hverdage efter modtagelsen af en underretning bekræfte modtagelsen af underretningen over for den, der foretog underretningen (Lov om social service § 155 b). Underrettende fagperson har ret til at få oplyst, om underretningen har givet anledning til handling over for dem, der underrettes om.

Såfremt man, som underretter, oplever, at kommunen ikke handler tilstrækkelig hurtigt eller alvorligt, bør man underrette Ankestyrelsen.

Find Lov om social service på [retsinformation.dk](http://retsinformation.dk)

Det er **ikke alle landets regioner, der har børneopfølgning** som en del af familieambulatoriets indsats. I regioner uden børneopfølgning vil hospitalets almene børneafdelinger være dem, der er relevante at koordinere og samarbejde med (se mere i *Bilag 3: Familieambulatorierne*).

### 3.3.2 Hav vedvarende og systematisk fokus på børn med tegn på mistriksel og truet udvikling

For målgruppen er det afgørende, at den prænatale eksponering identificeres, erkendes og handles på. Børn som ikke er kendt med prænatal eksponering for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin, og som har komplekse følger heraf, kan potentielt være at finde blandt den brede gruppe af børn og unge med tegn på mistriksel og truet udvikling. Med henblik på opsporing af målgruppen bør fagpersoner som sundhedsplejesker, pædagogisk personale, lærere, psykologer og socialrådgivere med kontakt til børn, som udviser tegn på mistriksel og truet udvikling, derfor have et vedvarende og systematisk fokus på børnene og deres familier.

Et tæt samarbejde med barnets omsorgspersoner kan understøtte opsporing af målgruppen. Når man har fokus på at opnå viden omkring barnets livsomstændigheder, herunder livet i forstertilværelsen, kan hypotesen om prænatal eksponering afprøves. Hvis fagpersonerne kender barnets historik, kan der lettere søges om relevant vejledning og trækkes på relevante tværfaglige ressourcer så tidligt som muligt, såfremt der er behov for det.

#### > OBS!

Fagpersoner bør være opmærksomme på, at det kan være tabubelagt og hermed, udgøre en barriere for forældrene og særligt moderen at fortælle om forbrug af rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin under graviditeten.

I den kommunale praksis anvendes forskellige metoder til at identificere sårbare og udsatte børn og unge, hvoraf nogle anvender screeningsredskaber, som Alarm Distress BaBy Scale (ADBB), Psykisk Udvikling og Funktion (PUF), Signs of Safety (SOS) og Newborg Behavioral Observations (NBO). Andre benytter sig fx af hjemmebesøg eller cafetilbud, hvor familie og fagpersonale møder hinanden på en mere uformel måde (43).

### + Praksiseksempel

I flere danske kommuner har man tilknyttet en socialrådgiver i kommunens dagtilbud eller skole for at styrke opsporing af udsatte børn og for at kunne iværksætte en tidlig indsats der, hvor behovet viser sig. Evalueringer af denne indsats viser positive resultater, som fx at dagtilbuddene tidligere bliver opmærksomme og handler på store og små bekymringer for enkelte børn, og samtidigt oplever de at få hjælp til at afklare, hvorvidt der skal underrettes om en bekymring (44; 45).

## 3.4 Undersøgelse og udredning

Målgruppens udvikling og trivsel afhænger af mange forskellige faktorer og både biologiske, psykologiske og sociale forhold har betydning for barnets funktionsnedsættelse og forudsætninger for fremadrettede udvikling (47). Det er derfor vigtigt, at der foretages en tidlig og løbende udredning og undersøgelse, som kan danne grundlag for de rette faglige tiltag/interventioner.

### 3.4.1 Foretag helhedsorienteret børnefaglig undersøgelse

En del af børnene i målgruppen vokser op i et ustabil miljø, som kan forstærke de komplekse funktionsnedsættelsers betydning for barnets videre udvikling og trivsel.

Hvis det antages, at et barn har behov for særlig støtte, er kommunen forpligtet til at vurdere, om der er grundlag for at udarbejde en børnefaglig undersøgelse i henhold til Lov om social service § 50. Det kan som

### ! Redskaber til tidlig opsporing af mistrivsel hos spæd og småbørn

Socialstyrelsen har udgivet en rapport, der samler viden om tidlig opsporing og behov for reaktion på mistrivsel hos små børn. Her beskrives følgende eksempler på redskaber til tidlig opsporing:

*Opsporingsmodellen* sætter fokus på børns trivsel og børns overgange til nye institutioner. En evaluering viser, at modellen har positiv effekt i forhold til tidlig opsporing (40).

*Børnelinealen* er et fælles opsporingsværktøj og forståelsesramme i indsatserne omkring børn, unge og deres familier (43).

*Signs of safety (SoS)* er en metode, der anvendes i børnesager. Tilgangen er organiseret omkring tre centrale spørgsmål: Hvad bekymrer? Hvad fungerer? Hvad skal der ske? samt spørgsmål med henblik på vurdering af barnets trivsel og sikkerhed.

*Psykisk Udvikling og Funktion (PUF)* er et screeningsredskab, der anvendes af sundhedsplejersker til at opspore og intervenere ved mental sårbarhed hos småbørn.

*Alarm Distress BaBy Scale (ADBB)* er en systematisk og standardiseret metode til at opspore psykisk mistrivsel hos spæd- og småbørn (46).

[Læs mere om redskaber til tidlig opsporing på socialstyrelsen.dk](https://socialstyrelsen.dk)

*The Newborn Behavioral Observations (NBO)* er en standardiseret metode, som sundhedsplejersken og andre faggrupper med certificering kan benytte til at undersøge det nyfødte barns udvikling og neurologiske status inden for områder som regulering, motorisk aktivitet, opmærksomhed og interaktion (43).

en del af den børnefaglige undersøgelse vurderes, om der er behov for udarbejdelsen af en forældre-kompetenceundersøgelse (Lov om social service § 50, stk. 5). Kommunen er tilsvarende forpligtet til at undersøge de vordende forældres forhold, såfremt det antages, at der kan opstå et behov for særlig støtte til et barn umiddelbart efter fødslen.

Læs mere om retningslinjer for forældrekompetenceundersøgelser på [socialstyrelsen.dk](http://socialstyrelsen.dk)

Herudover kan der ydes støtte til børn med et særligt behov, for at sikre at de kan opnå samme muligheder for personlig udvikling, sundhed og et selvstændigt voksenliv som deres jævnaldrende (Lov om social service § 46). Den børnefaglige undersøgelse har til hensigt at afdække barnets og familiens ressourcer og behov, og er samtidig udgangspunkt for identificering af de områder, der er relevante for at vurdere barnets behov for støtte, og om der er grundlag for at iværksætte foranstaltninger, herunder hvilke foranstaltninger der bør iværksættes. Desuden skal relevante vinkler fra barnets professionelle netværk inddrages, eksempelvis oplysninger fra sundhedsplejerske, daginstitution, skole, PPR, almen praksis og sygehus, herunder familieambulatorie, hvis barnet følges i dette regi. Den børnefaglige undersøgelse skal så vidt muligt, gennemføres i samarbejde med forældremyndighedsindehaveren og barnet, der er fyldt 15 år. Det er vigtigt, at sagsbehandleren formår at skabe gode rammer for inddragelsen ved fx at invitere barnet, familien og det private og professionelle netværk med til møder.

Læs mere om kvalitet i sagsbehandlingen på [socialstyrelsen.dk](http://socialstyrelsen.dk)

I tilfælde hvor der ikke er oplysninger om, at moderen har haft et forbrug af rusmidler og/eller afhængigheds-skabende medicin under graviditeten, og hvor barnet viser tegn, som indikerer, at hypotesen om prænatal eksponering bør afprøves, er det nødvendigt, at sagsbehandleren spørger ind til et eventuelt forbrug under graviditeten<sup>10</sup> (50).

10 Læs mere om tilgangen til den gravide i [Forløbsbeskrivelse. Udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug](#)

## § Børnefaglig undersøgelse

Lov om social service § 50

*Forældrekompetenceundersøgelse*

Lov om social service § 50, stk. 5

*Støtte til børn og unge med særlige behov*

§ Lov om social service § 46

Find Lov om social service på [retsinformation.dk](http://retsinformation.dk)

## ! Redskaber

### Helhedsorienteret metode til børnefaglig undersøgelse

*Integrated Children's System (ICS)* anvendes i næsten alle landets kommuner som den primære socialfaglige metode på myndighedsområdet for børn (48).

*Udredningsværktøjet* supplerer ICS ved at give et fagligt solidt udgangspunkt for at indkredse de særlige tematikker og opmærksomhedspunkter af relevans for børn med funktionsnedsættelser (48).

### Vurdering af barnets trivsel og sikkerhed

*Signs of Safety (SOS)* er et redskab, der kan vurdere tegn på fare og sikkerhed for barnet i børnesager, hvor det overordnede mål er at skabe samarbejde og partnerskab med familien omkring en løsning, der kan skabe sikkerhed og trivsel for barnet (43; 49).

### 3.4.2 Foretag en pædagogisk-psykologisk vurdering

Skolen skal løbende følge elevens udbytte af undervisning og trivsel i skolegangen. Hvis en elev har et særligt undervisningsbehov, der ikke antages at kunne imøde-

komes inden for rammerne af den almindelige undervisning, eller hvis en elevs skolesituation giver anledning til alvorlig bekymring, skal skolens leder indstille eleven til en pædagogisk-psykologisk vurdering (PPV). En PPV har til formål at belyse elevens kompetencer med henblik på at yde skolen samt eleven og forældrene rådgivning om tilrettelæggelsen af og indholdet i en undervisning, der tilgodeser elevens særlige behov.

I relation til målgruppen er det væsentligt i forbindelse med udarbejdelse af en PPV, at optage en grundig anamnese for at opfange eventuelle indikationer på prænatal rusmiddeleksponering. Derudover kan det være relevant at foretage en helhedsorienteret undersøgelse, som afdækker barnets sansemotoriske forudsætninger for at indgå i undervisningen samt mere basale funktioner som søvn, arousal og spisning, hvis det ikke allerede foreligger som sagsmateriale.

I særlige tilfælde må undersøgelsen suppleres med undersøgelser fra andre sagkyndige, fx fra andre kommuner og i de mest komplicerede tilfælde fra VISO. Den der er ansvarlig for udarbejdelse af PPV'en, har ansvaret for at inddrage disse andre sagkyndige.

### § Pædagogisk-psykologisk vurdering (PPV)

Det lovmæssige grundlag for udarbejdelse af PPV er beskrevet i Bekendtgørelse om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand §§ 3 – 7

Find Bekendtgørelse om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand på [retsinformation.dk](http://retsinformation.dk)

#### 3.4.3 Foretag tidlig og løbende udredning af barnets funktionsevne

Børn i målgruppen har behov for tidlig, grundig og helhedsorienteret udredning, så der kan iværksættes individuelle tiltag så tidligt som muligt. Dette for at understøtte en positiv udvikling for barnet med blik for dets specifikke støttebehov (51). Udredning er afgørende for, at en tidlig indsats kan iværksættes, og man hermed

søger at mindske følgerne af den prænatale eksponering (52). Det er vigtigt, at udredningen afdækker barnets reelle funktionsniveau og ikke, hvad barnet kan på en god dag.

I takt med at barnet bliver ældre, kan fx motoriske, kognitive, kommunikative, emotionelle og adfærdsmæssige vanskeligheder vise sig (10; 23; 26; 53; 54; 55). Det er derfor centralt for iværksættelse af rettidige tiltag gennem opvæksten, og at der foretages løbende udredning (42; 48).

En udredning bør bestå af forskellige tilgange til afdækning af barnets funktionsevne, som fx spørgeskemaer, observationer, samtaler og standardiserede tests (18) (Se Bilag 6: Test og spørgeskemaer til udredning). For at imødekomme variationen i funktionsevnen hos børn, der har været prænatale eksponeret for rusmidler, er det vigtigt, at udredningen er helhedsorienteret og afdækker funktionsnedsættelser inden for et bredt område (47).

En udredning af barnets funktionsevne vil oftest være tværfaglig og kan typisk involvere fx børnelæge med viden om prænatal eksponering for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin, sundhedsplejerske, ergo- og fysioterapeut, pædagog, lærer, audiologopæd, psykolog og neuropsykolog. Udredningen bør rette sig mod områder som, barnets (1; 18):

- Kognitive funktioner, herunder overordnet beagelse, opmærksomhed, sprog, visuel perception<sup>11</sup>, hukommelsesmæssige, eksekutive<sup>12</sup> samt følelsesmæssige funktioner.
- Kommunikative færdigheder.
- Grov- og finmotoriske færdigheder.
- Sansemæssige funktioner.
- Somatiske tilstand.
- Sociale færdigheder.

11 Visuel perception er evnen til at opfatte, fortolke og forstå sansindtryk gennem synet og sætte dem i forbindelse med tidligere erfaringer.

12 Eksekutive funktioner er betegnelsen for processer, der kontrollerer og styrer kognitive, emotionelle og adfærdsmæssige funktioner, og de omhandler barnets evne til planlægning, organisering, impuls-kontrol, selvregulering, fleksibilitet, fokusskift og evne til at finde strategier

- Samspil med omsorgspersoner, herunder dets tilknytningsudvikling og forudsætninger for at udvikle en tryk tilknytning eller beskrivelse af forhold, der har medvirket til utryk/desorganiseret tilknytningsudvikling.

I så fald de anbefalede indsatser ikke har den tilsigtede effekt, bør det give anledning til videre udredning.

### Særligt for børn der følges i familieambulatoriet

Et barn som følges i familieambulatoriet, vil typisk blive fulgt frem til skolealderen med regelmæssige undersøgelser ved læge og psykolog. Familieambulatorierne kan også samarbejde med/inddrage andre fagpersoner, der kan bidrage med udredninger. Familieambulatoriet vil have fokus på barnets trivsel, udvikling, afdækning af eventuelle rusmiddelskader og omsorgssituationen (32). Det forudsættes, at relevante fagpersoner fra den kommunale forvaltning er inddraget i forbindelse med tværsektorielle møder, herunder sundhedsplejersken, allerede i graviditeten (56). Familieambulatoriets udredning er et væsentligt bidrag til de udredninger, der foretages i kommunalt regi. Blandt de fem regioner er der 3 familieambulatorier, der tilbyder børneopfølgning, hvorfor man bør orientere sig i, hvad der tilbydes inden for den enkelte kommunes region (*Bilag 3: Familieambulatorierne*).

### Særligt for børn der er anbragt uden for hjemmet

En stor andel af børn i målgruppen er anbragt uden for hjemmet. Det kan være vanskeligt at adskille symptomer på tilknytningsvanskeligheder og følelsesmæssige belastninger fra de rusmiddelrelaterede funktionsforstyrrelser. Dette kan udgøre en risiko i forbindelse med opsporing, hvis barnets signaler udelukkende tolkes ud fra en forståelse af de tilknytningsmæssige og følelsesmæssige belastninger forbundet med anbringelsen. Dermed er der en risiko for, at barnet ikke får den støtte, det behøver. I forbindelse med trivselsvanskeligheder hos børn, som er anbragt uden for hjemmet, er det derfor væsentligt, at fagpersoner har en særlig opmærksomhed på at afdække, om der kan være tale om en prænatal rusmiddeleksponering som medvirkende baggrund for nedsat trivsel.

## 3.5 Tiltag

Tiltag til målgruppen bør både være rettet mod barnets funktionsnedsættelser, og det miljø, barnet er en del af, herunder omsorgspersoner og fagpersoner (50). Erfaringer fra praksis viser, at der bør være kontinuitet i de tiltag der iværksættes, så barnet ikke oplever uhensigtsmæssige 'pauser', samt at der løbende sker en opfølgning på, om tiltagene har den tilsigtede effekt for barnet, eller om den skal justeres.

For de børn i målgruppen der bliver anbragt i plejefamilie, er det særlig vigtigt at plejefamilien, ud over det pligtige grundkursus<sup>13</sup>, får tilstrækkelig viden om de følger, der kan være forbundet med prænatal eksponering for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin, heraf om de anbefalede tilgange og om de specifikke forhold, der gør sig gældende omkring netop deres plejebarn. Det kan være medvirkende til at forebygge sammenbrud i anbringelsen, når plejefamilien har viden om, hvorfor barnet reagerer som det gør, og hvordan de kan hjælpe barnet bedst muligt. Set i lyset af kompleksiteten i de følger barnet har, bør barnet anbringes i en forstærket eller specialiseret plejefamilie (57).



### Anbringelse i forstærket eller specialiseret plejefamilie

Lov om social service § 66, stk. 1, nr. 2 – Forstærkede plejefamilier er godkendt til at have børn og unge i pleje som har moderat til svære støtte behov

Lov om social service § 66, stk. 3 – Specialiserede plejefamilier er godkendt til at have børn og unge i pleje, der har svære støttebehov

Find Lov om social service på [retsinformation.dk](https://retsinformation.dk)

<sup>13</sup> Socialtilsynet skal som led i godkendelsen tilbyde ansøgere et grundkursus i at være plejefamilie, jf. § 5 a, stk. 2, i lov om socialtilsyn.

### 3.5.1 Understøt den tidlige forældre-barn relation efter barnet er født

For spæd- og småbørn eksponeret for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin under graviditeten er det afgørende, at de tidligt bliver mødt af omsorgspersoner, der kan reflektere og mentalisere over barnets signaler og sig selv som omsorgsperson, for derigennem at kunne etablere og indgå i en sund følelsesmæssig relation til barnet (58; 59).

Det er væsentligt, at omsorgspersonerne besidder evnen eller modtager støtte hertil i forhold til at se og tolke barnets signaler samt reflektere og handle ud fra disse signaler. Særligt for målgruppen gælder, at deres behov skal mødes anderledes, end hvad der opleves naturligt at gøre. Eksempelvis kan et hypersensitivt barn have behov for mindre fysisk kontakt selv i situationer, som når det ammes eller trøstes, hvor det ellers er naturligt at have den tætte fysiske kontakt. En tryk tilknytning mellem barn og omsorgspersoner kan fremmes ved, at omsorgspersonerne udvikler færdigheder i forhold til at kunne sætte ord på, hvad barnet føler, tænker eller oplever, samt ved at omsorgspersonerne kan forstå og respondere på det, som foregår hos barnet. Brug af tilgange der læner sig op ad video-feedback, synes at være virksomme i forhold til at udvikle og understøtte en tryk og positiv tilknytning mellem barnet og omsorgspersoner (18) – se *redskaber* s. 34.

### 3.5.2 Understøt regulering af adfærd

Gennem barndom og ungdom kan vanskeligheder med regulering af adfærd vise sig på forskellig vis hos målgruppen. Hos førskolebarnet kan det vise sig som et uhensigtsmæssigt vågen-søvn-mønster, varierende arousal, let distraherbar, hyperaktivitet og vanskeligheder med sensorisk bearbejdning. I skolealderen kan det vise sig ved, at barnet har opmærksomhedsproblemer og eksekutive vanskeligheder (66).

Gennem opvæksten kan barnet have brug for at voksne i barnets omgivelser, tilpasser mængde og grad af de krav og stimuli, som barnet udsættes for. Dette fordrer, at omsorgspersoner og fagpersoner har indgående viden om barnets funktionsevne og redskaber til at balancere krav og stimuli (50). Formidlingen af viden til omsorgspersoner om barnets funktionsnedsættelser og

vanskeligheder kan bidrage til en større forståelse for barnets signaler og behov. Det kan være vigtigt at vide, at barnets behov for rutiner, gentagelse af instruktioner og behov for at genindlære færdigheder er relateret til den prænatale eksponering (45; 47). Ligeledes kan det også være betydningsfuldt at vide, at barnets behov ændrer sig op gennem barndom og ungdom, og det derfor er vigtigt at være på forkant med de behov, som kan vise sig. Barnets vanskeligheder er ikke altid synlige, og det kan derfor være relevant at familie, venner og fagpersoner i barnets omgivelser, ligeledes har viden om barnets vanskeligheder og behov, således at man understøtter en så vidt mulig fælles tilgang og støtte i hele netværket (31; 67).

Når barnet bliver ældre, bør det støttes til at udvikle færdigheder med henblik på selv at kunne regulere en hensigtsmæssig adfærd. Det større barn kan introduceres til metakognitive strategier, observation af egne reaktioner og selvregulering (68; 69), herunder introduceres til redskaber, der understøtter eksekutive færdigheder, som fx hukommelse, årsag-effekt refleksion, rækkefølge og problemløsning (50; 70). Det vigtige ved disse strategier og redskaber er, at de tilpasses det enkelte barn og det enkelte barns udvikling. Barnet vokser ikke fra behovet for at kompensere, men strategierne skal løbende tilpasses barnets udvikling – se *redskaber* s. 35.

## ! Redskaber til den tidlige forældre-barn relation

Socialstyrelsens "Tæt støttede opstartsforløb" (TSOP) er undervisningsmoduler målrettet plejefamilier, som får et nyt barn eller ung i anbringelse herunder også et spædbarnsmodul, hvor der er stor fokus på opbygning af tilknytning mellem barn og plejeforældre gennem mentalisering, refleksion m.m.

Læs mere om Tæt støttede opstartsforløb på [tsop.dk](http://tsop.dk)

*Circle of Security* (COS) er en behandlingsmetode, der har til formål at fremme en god og tryk tilknytning mellem barn og omsorgsperson, herunder en mindre tids- og ressourcekrævende version af behandlingsmetoden, kaldt COS-P. Metoden bygger på, at forældre tilegner sig viden om, hvordan de kan aflæse barnets følelser, hvordan de kan udtrykke følelser over for barnet, og hvad de konkret kan gøre for at styrke tilknytningen til deres barn. Fælles for COS og COS-P er, at det har en positiv effekt på tilknytningen mellem barn og forældre. Tilbagemeldinger fra forældre, der har deltaget i COS forløb, er, at de har oplevet mindre stress, og har nemmere ved at se og forstå deres barns adfærd. COS-P har været anvendt i Danmark siden 2013 (59; 60; 61).

Læs mere om COS og COS-P på [socialstyrelsen.dk](http://socialstyrelsen.dk)

*Marte Meo* betyder 'ved egen kraft'. Metoden er videobaseret og bygger på principperne for udviklingsstøttende kommunikation. Metoden har udgangspunkt i, hvad man gør godt, og der er

fokus på muligheder frem for begrænsninger. Det er en konkret og løsningsorienteret metode, hvor vejledningen/rådgivningen tager udgangspunkt i de allerede eksisterende personlige ressourcer. Marte Meo har været anvendt i Danmark siden 1994 på lang række af forskellige tilbud og til forskellige målgrupper. Erfaringer fra norsk praksis viser, at metoden kan fremme refleksiv funktion, sensitivitet og responsivitet hos forældre med misbrug, så længe det sker i kombination med andre interventioner (18; 62; 63).

I behandlingsprogrammet *Minding the Baby* (MTB) er der specifikt fokus på at øge forældrenes refleksive funktion eller evne til mentalisering. Forældrene får gennem indsatsen hjælp til bedre at forstå meningen bag barnets adfærd samtidig med, at de har opmærksomhed på deres egne reaktioner og grunde hertil. Programmet retter sig mod den eller de kommende forældres samlede livssituation og har fokus på at stabilisere forældres forhold, hvad enten det drejer sig om praktiske/ økonomiske forhold, relationer i netværket eller andre udfordringer i forældrenes sociale og psykologiske liv (64).

*Newborn Behavioral Observations* (NBO) kan anvendes fra 0-4 mdr. Det er en standardiseret og relationsstøttende metode, der gennem observation af barnet har til formål at øge forældres forståelse for den nyfødtes adfærd og behov. Metoden henvender sig til såvel sundhedsprofessionelle som social og psykologfaglige professionelle (18; 65).



## ! Redskaber til regulering af adfærd

*Triple P* er et forældretræningsprogram, som er afprøvet i 12 kommuner. Det har til formål at forebygge adfærdsmæssige, følelsesmæssige og udviklingsmæssige problemer hos børn ved at udvikle forældreevne. Programmet giver forældre værktøjer til at håndtere og styre deres barns adfærd, følelser og udvikling via fem principper om positivt forældreskab.

Der foreligger endnu ikke resultater på afprøvning af Triple-P til børn med komplekse følger af prænatal eksponering for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin, men det vurderes at kunne være egnet. I Danmark afprøves Stepping Stones Triple P, en variant af Triple P, målrettet forældre med børn med funktionsnedsættelser (45; 71).

[Læs mere om Triple P på vidensportal.dk](#)

*Alert Program*® faciliterer barnets evne til selvregulering. Det er et manualbaseret 12 ugers program, hvor barnet får hjælp til at monitorere, opretholde og regulere deres årvågenhed, så det matcher de omgivelser, barnet er en del af. Programmet tager udgangspunkt i metakognitive strategier, tanke- og kropsbevidsthed og sensorisk baseret copingstrategier. Gennemgående for programmet er, at det anvender analogien om

en bilmotor, der kører med forskellig fart. Barnet vil starte med at lære at identificere, notere og blive opmærksom på egen 'motors' fart. Derefter vil barnet eksperimentere med at ændre på 'motorens' fart, så det afstemmes omgivelserne for herefter at lære strategier, som kan anvendes i forskellige situationer. *Alert Program*® har vist positive resultater hos børn med alkoholskader (66; 72; 73).

*Visuel struktur* er en velkendt tilgang inden for autismpædagogikken, men erfaringer fra praksis viser, at den også har god effekt hos børn med andre problemstillinger, som har behov for visuelle strategier til at skabe overblik over fx hverdagen i dagtilbuddet eller skolen. Ved brug af fx piktogrammer får barnet et visuelt overblik over situationer i løbet af dagen i den detaljeringsgrad, barnet har brug for. Hos det lille skolebarn bruges fx en detaljeret billedsekvens, der konkret viser alle elementer af en skoledag eller lektion. Hos det lidt ældre barn bruges billedsekvenser af den overordnede struktur og indhold for skoledagen, og hos den unge fx en alarm på telefonen til påmindelse om en aktivitets start og afslutning. På Hjælpemiddelbasen findes oversigt over forskellige typer af piktogrammer.

[Læs mere om forskellige typer af piktogrammer på hjælpemiddelbasen.dk](#)

### 3.5.3 Understøt et sundt søvnmønster

Søvnrytmen hos barnet kan være forstyrret og medføre, at barnet ikke har en hensigtsmæssig balance mellem søvn og vågenhed. En forstyrret søvnrytme kan have implikationer for barnets livskvalitet (74).

Særligt for spædbørn i målgruppen gør det sig gældende, at de kan have svært ved tilstandsregulering, hvilket kan vise sig ved at de kan døse meget, uden hverken at være i dyb søvn eller ordentlig vågen. Spædbørn med disse vanskeligheder har brug for ekstra støtte til at være vågne, opmærksomme og i kontakt. De kan også have svært ved overgangen fra at være vågen og til at falde i søvn. Disse spædbørn har brug for, at omsorgspersonerne kan aflæse barnets signaler som fx uro og utilpashed og hjælpe barnet med at falde til ro (18). Hos lidt ældre børn kan søvnproblemer vise sig, ved at barnet ikke er veludhvilet efter søvn, har problemer med at falde i søvn, er rastløs eller er urolig om natten. Der kan være behov for en lægelig vurdering af, om medicinsk behandling er relevant i form af melatonin målrettet indsovningsproblemer.

Det er vigtigt først at undersøge, hvilken søvnrytme barnet har, og om der er tidspunkter, hvor søvnrytmen er bedre end på andre tidspunkter (45; 74; 75). Søvnrytmen kan fx undersøges ved hjælp af et spørgeskema (75) (Se mere i *Bilag 5: Spørgeskema til afdækning af søvnmønster*).

#### \* Strategier til en god søvnrytme

Nedenstående tilgang kan have positiv effekt på søvn:

- Minimering af stimuli kan opnås ved fx hvid støj, ørepropper og dæmpet lys, undgå for mange visuelle indtryk i rummet og sensoriske forstyrrelser ved fx at fjerne mærker fra nattøj og dyne/pude.
- Faste rutiner omkring søvn i form af regler, struktur, rutiner og fast sengetid selv i week-enden.
- Beroligende adfærd kan hjælpe med at fremme søvn (74).

Jævnfør teorien om sanseintegration, kan dyb taktil stimulation blandt andet have en beroligende effekt (76; 77). For børn med ADHD fremgår det af Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje, at det er god praksis at tilbyde en kugle-/kædedyne til børn og unge med ADHD, som har søvnforstyrrelser, og hvor søvnhygiejniske tiltag ikke har en tilstrækkelig positiv effekt (78; 79). Eftersom ADHD er den hyppigst forekomne diagnose hos børn med alkoholskader, kan det på den baggrund vurderes, hvorvidt kugle-/kædedyne kunne være et relevant tiltag (45; 80; 81).

### 3.5.4 Understøt gode spisesituationer

Spædbørn i målgruppen kan have udfordringer med deres sutte- og synke reflekser, og det er vigtigt at omsorgspersonerne er tålmodige og giver sig god tid til måltiderne, der foregår i rolige rammer for at spisning senere i livet, kan forbindes med nydelse (82). Vanskeligheder med sutte-synke refleks samt den generelle sansesarthed, som børn i målgruppen kan have, giver et særligt opmærksomhedspunkt omkring mad og måltider. Børnene i målgruppen kan være i risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse, og det er derfor vigtigt, at omsorgspersonerne er undersøgende på, hvordan der skabes de bedste rammer for måltiderne og hvilken mad og konsistens af maden barnet kan håndtere. Der kan være brug for hjælp fra en diætist til at sikre, at barnet får den nødvendige ernæring (82).

#### \* Strategier til at skabe gode rammer omkring måltidet

- Begræns alt der kan distrahere barnet
- Sæt god tid af til at spise
- Giv barnet små portioner
- Lad barnet sidde i en stol, hvor det støttes godt med fx støtte til fødderne
- Faste siddepladser og faste tidspunkter
- Brug aldrig mad som straf eller belønning (82)

### 3.5.5 Understøt udvikling af motoriske færdigheder

Særligt børn, der er prænatalet eksponeret for alkohol, kan have motoriske vanskeligheder (54; 83). Børn i målgruppen der ikke har alderssvarende motorisk udvikling, bør derfor tilbydes tiltag rettet mod udvikling af motoriske færdigheder. Der er sparsom viden om, hvilke interventioner der er mest virkningsfulde. De motoriske vanskeligheder, som barnet kan have, minder i udtalt grad om de motoriske vanskeligheder, som børn med koordinationsproblemer har, og her foreligger der viden om virkningsfulde interventioner (84). Der ses en tendens til, at en aktivitetsorienteret intervention understøtter udvikling af grovmotoriske færdigheder. Fra forskning nævnes eksempler som bordtennis og taekwondo, men for yngre børn kunne det også være aktiviteter som svømning, gymnastik, boldspil og bevægelseslege. Det virksomme ved den type af intervention formodes at være, at der indgår en naturlig interesse i at finjustere bevægelserne, og at barnets kognitive færdigheder inddrages i planlægning af bevægelse og strategi. Ydermere er disse aktiviteter i højere grad præget af lyst og er mulige at integrere i barnets fritid (85).

### 3.5.6 Skab en forudsigelig og tryk hverdag i dagtilbuddet

I dagtilbuddet er det væsentligt, at det pædagogiske læringsmiljø i så høj grad som muligt er præget af faste rutiner, struktur og forudsigelighed for at imødekomme målgruppens behov. Eksempelvis kan barnet have en dagsplan med piktogrammer, som altid følges. En fast struktur kan også understøttes, ved at barnet kommer på det samme tidspunkt om morgenen. Barnet kan ligeledes have behov for at blive skærmet fra aktiviteter og stimuli som fx lys, lyd og berøring (83). Børn i målgruppen kan have behov for et skærmet omsorgsmiljø uden skift af omsorgspersoner.

Aktiviteter bør tilrettelægges struktureret, i mindre grupper og med indlagte pauser. I forbindelse med leg kan barnet have behov for hjælp til løbende at 'oversætte' de sociale koder. Der bør være et tæt og løbende samarbejde med omsorgspersoner og relevante fagpersoner omkring barnet, så hverdagens struktur kan tilpasses barnets behov (81; 83). For at støtte målgrup-

pens trivsel, udvikling, læring og dannelse er der behov for støtte i og til dagtilbuddet.

#### \* Strategier til brug i dagtilbud

- Identificer årsager til, at barnet er uroligt, uopmærksomt og ukoncentreret.
- Tænk i rutiner og struktur hver dag.
- Visualiser tid, rutiner og struktur selv om dagen har samme struktur hver dag.
- Fjern unødige stimuli ved at skærme barnet både visuelt og auditivt. Vær især opmærksom på støjniveau.
- Afslut aktiviteter i tide, dvs. før barnet bliver overstimuleret.
- Repræsenter tryghed ved en rolig stemme, en kort, tilpasset besked og en kendt voksen, som møder barnet hver dag.
- Forbered barnet på overgange i løbet af dagen eller ved nye aktiviteter.
- Vær 'nærig' med ord, et kort klart "ja" eller "nej" kan have bedre pædagogisk effekt end en lang forklaring.
- Iværksæt, evaluer og juster støttetiltag løbende svarende til barnets trivsel og udvikling.
- Begræns valgmuligheder ved at tilbyde et valg imellem to aktiviteter og kun få gange på en dag. Nogle børn magter slet ikke at vælge (18; 75).

#### § Hjælp til børn med betydelig og varigt nedsat fysisk og psykisk funktionsevne

Lov om social service § 32: Hjælp i særlige dagtilbud

Find Lov om social service på [retsinformation.dk](http://retsinformation.dk)

Dagtilbudsloven § 4, stk. 2: Støtte i dag-, fritids-, eller klubtilbud mv. for understøttelse af udvikling og læring

Find Dagtilbudsloven på [retsinformation.dk](http://retsinformation.dk)

### 3.5.7 Understøt udvikling af venskaber

Venskaber er en vigtig del af livet, og det kan få konsekvenser for børns udvikling, hvis de ikke kommer til at indgå i en gode venskabsrelationer (86). Børn i målgruppen kan have svært ved at indgå i sociale relationer. De kan have vanskeligt ved at forstå de sociale koder, aflæse sociale informationer, som fx mimik og intentioner og ved at kommunikere i sociale sammenhænge. Tiltag rettet mod at styrke venskaber og sociale relationer er væsentligt, eftersom gode sociale relationer blandt andet er afgørende for at gennemføre skolegang, undgå kriminalitet og undgå udvikling af symptomer på angst og depression (50; 70).

Der er tegn på at tiltag, der styrker gode sociale relationer, både består af tiltag rettet mod barnet og omsorgspersonerne (87). For at kunne indgå i relationer med andre børn er det afgørende, at barnet udvikler færdigheder til at kunne udveksle information med andre børn under leg, komme ind i en allerede igangværende leg og kunne forhandle så konflikter undgås. Tiltag rettet mod barnet bør derfor have fokus på, at barnet indgår i mindre grupper, hvor det kan udvikle sociale færdigheder ved at blive instrueret og guidet af voksne. Tiltag rettet mod omsorgspersonerne handler om, at de får viden om, hvordan de kan understøtte, at barnet får gode oplevelser med at lege med andre børn hjemme (88). Styrken ved gode legerelationer i hjemmet er, at barnet får etableret venskaber og bruger sine sociale færdigheder i en naturlig og tryk sammenhæng (87).

#### + Praksis eksempel – Projekt netværket

Børn i målgruppen, som er anbragt uden for hjemmet, kan have gavn af at deltage i en netværksgruppe med andre anbragte børn, hvor venskaber med andre børn i samme situation kan understøttes. Projekt netværket er et tilbud til anbragte unge og deres plejefamilier i Sønderjylland. Projekt netværket er et satspuljeprojekt under Plejefamiliernes Landsforening.

Læs mere på [projekt-netvaerket.dk](http://projekt-netvaerket.dk)

#### ! Metode til understøttelse af venskaber

*Children's Friendship Training* (87) er en manual-baseret intervention, der har til formål at understøtte barnets udvikling af sociale færdigheder. Et centralt element i indsatsen er, at omsorgspersonerne støtter op om, at barnet får etableret venskaber og øvet de tillærte færdigheder i hverdagen. Interventionen bygger på social læringsteori og indeholder komponenter som (88; 89):

- Hvordan barnet kan danne et socialt netværk med hjælp fra omsorgspersonerne.
- Informationsudveksling med jævnaldrende i forbindelse med fælles aktiviteter.
- Hvordan barnet kan komme ind i en gruppe, som allerede er i gang med en leg.
- Aftaler om leg hjemme.
- Hvordan barnet kan undgå konflikter og indgå i forhandlinger.

### 3.5.8 Skab et godt læringsmiljø i skolen

Målgruppen har særlige behov i forbindelse med skolegangen. Det er vigtigt, at skoledagen er tilrettelagt, så den tager det fornødne hensyn til barnets særlige behov. Det påhviler skolelederen at sikre, at det undervisende personale, der er tilknyttet klassen, planlægger og tilrettelægger undervisningen, så barnet udvikler sig fagligt og alsidigt herunder socialt, og trives i skolens faglige og sociale fællesskaber.

Skolelederen kan inden for de almindelige undervisningsrammer beslutte støtte til en elev med behov for praktisk assistance og/eller IT-hjælpe midler og eventuelt særlige undervisningsmaterialer, hvis det er nødvendigt for elevens deltagelse i undervisningen.

#### § Bekendtgørelse om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand

Find bekendtgørelsen på [retsinformation.dk](http://retsinformation.dk)

For at tilvejebringe et undervisningsmiljø med læringsudbytte og trivsel for målgruppen peges på følgende to tilgange og metoder i undervisningstilbuddet:

- *Inkluderende undervisningsmiljøer.* Det kan i denne sammenhæng være relevant at inddrage specialpædagogiske tilgange og metoder i undervisningen, holddannelse eller tolærerordninger.
- *Undervisningsdifferentiering.* Det kan fx tilrettelægges via undervisningsmetoden, co-teaching, hvor undervisere med forskellige faglige og pædagogiske kompetencer samarbejder om planlægningen, gennemførelsen og evalueringen af undervisningen.

Der kan blandt andet peges på to virksomme elementer i undervisning af børn fra målgruppen. Det ene element handler om, at barnets skoledag er bygget op om en fast og genkendelig struktur. Strukturer kan skabes på forskellig vis. Der kan skabes visuelle strukturer, som understøtter forudsigelighed og klarhed. Der kan også skabes omgivelsesmæssige/fysiske strukturer, som imødekommer de bedst mulige forhold for, at barnet fx kan koncentrere sig og være opmærksom. Desuden kan der skabes opgavemæssige strukturer, så barnet fx har en klar struktur for løsning af opgaver (36; 90; 91).

Det andet element handler om en mere metakognitiv tilgang, der er tilpasset barnets alder og kognitive niveau. Her lærer barnet strategier, som kan understøtte evnen til at tilegne sig og organisere informationer hensigtsmæssigt. Ved en metakognitiv tilgang udvikler barnet en indsigt i egen læringsstil, egne udfordringer i forhold til læring og lærer at handle hensigtsmæssigt på egne observationer (50; 68; 90; 92).

## ! Redskaber til anvendelse i skolen

I *Hukommelses- og OpmærksomhedsTræning (HOT)*, som er et kognitivt træningsprogram, indgår redskaberne: Startsidens og KLOGE-metoden. Redskaberne er afprøvet på børn med hukommelses- og opmærksomhedsvanskeligheder som følge af erhvervet hjerneskade (93). De to redskaber kan være relevante metoder at anvende til børn med komplekse følger af prænatal eksponering for rusmidler, uafhængigt af et HOT træningsprogram.

*Startsiden* har som formål at få barnet til at forberede sig på begyndelsen af en opgave ved at fjerne forstyrrende elementer og fokusere opmærksomhed og energi på opgaven.

### Hjælpemiddelbasen

Hjælpemiddelbasen indeholder oplysninger om hjælpemidler. Her er det blandt andet muligt at finde en oversigt over hjælpemidler, som er beregnet i undervisningen fx hjælpemidler til træning af tallære, afkodning af skriftsprog, tidsforståelse m.m.

[Læs mere om hjælpemidler beregnet i undervisningen på hjælpemiddelbasen.dk](#)

## \* Strategier til brug i skolen

- Etablér strukturer i et omsorgsfuldt og stabilt miljø. Det vil være en forudsætning for, at barnet kan indgå i et læringsmiljø, at strukturer og regler for læring og adfærd er klare og synlige.
- Hav viden om barnets komplekse vanskeligheder. Barnet vil trods eksempelvis normal begavelse have andre specifikke og komplekse vanskeligheder, som har betydning for dets adfærd og læringsstil. Når barnet har svært ved at løse en opgave, må det ikke tolkes som et tegn på, at barnet ikke vil, men derimod som et tegn på, at barnet ikke kan. Det er derfor vigtigt at identificere, hvad det er, der bliver for svært for barnet, hvilket kan kræve specialiseret udredning og systematisk afprøvning. Disse børn kan både blokere over en uløst konflikt fra frikvarteret, en generende lyd i lokalet, udtrætning eller specifikke kognitive vanskeligheder. Nogle af disse børn kan kun holde fokus i 15 minutter ad gangen, og så skal de holde pause.
- Lær at tolke uhensigtsmæssig adfærd. En uhensigtsmæssig adfærd er udtryk for, at noget bliver for svært. Det kan være udtryk for, at barnet ikke ved, hvordan det skal gå i gang med en opgave, at det blev forskrækket, eller blev forvirret, over at opgaven er anderledes, end den plejer. Det er eksempelvis ofte meget svært at komme tilbage i klassen efter ferier, og det tager ofte nogen tid, før barnet har tilpasset sig igen.
- Tilpas undervisningsstilen i klassen. Små ændringer kan sikre, at undervisningen bliver bedre for barnet, det kan fx være at skabe forudsigelighed, håndtere sociale udfordringer knyttet til undervisningen, tilpasse undervisningen og løbende overveje måden at præsentere opgaver på. Fx kan anvendelse af time-timer anbefales, da tid for disse børn kan opleves som et meget abstrakt begreb.
- Tilpas den fysiske indretning i undervisningslokalet med henblik på at skabe et roligt, overskueligt og tilpas stimulerende læringsmiljø.
- Engagér hele skolen. Barnet har brug for at blive mødt af lærere på skolen, som har viden om de vanskeligheder, der knytter sig til prænatal eksponering for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin, så de mødes af voksne med forståelse for deres vanskeligheder. Vær også opmærksom på de børn fra målgruppen, som har en dobbelt udsathed i form af komplekse funktionsnedsættelser og samtidig anbringelse uden for hjemmet (36, 90, 91).

## 3.6 Overgange

Børn i målgruppen er særligt afhængige af, at overgange understøttes både organisatorisk og relationelt. Gennem opvæksten vil barnet møde forskellige overgange, både i form af organisatoriske overgange, som fx overgangen fra dagtilbud til skole, men også i form af relationelle skift, som fx ny pædagog i dagtilbuddet, ny klasselærer, ny socialrådgiver m.m. Uagtet type af overgang er det for målgruppen af afgørende betydning, at fagpersoner skaber en systematik for, hvordan der med forældrenes samtykke overleveres viden til andre relevante fagpersoner, så barnet oplever at blive mødt af fagpersoner, som kender til barnets behov.

### 3.6.1 Planlæg systematisk alle skift

For børn i målgruppen kan organisatoriske overgange og relationelle skift være særligt svære, og nogle børn kan opleve tilbagegang i deres udvikling ved skift, hvis ikke der er en systematisk overlevering af viden til kommende fagpersoner. Det er derfor væsentligt, at alle overgange og relationelle skift bliver planlagt af de relevante fagpersoner, så der sker en systematisk vidensdeling af barnets behov, styrker og udfordringer.

For at skabe tryghed for børnene ved relationelle skift er det en god idé at forberede dem på det uagtet, om det er af kort eller længere varighed. De fagprofessionelle bør have en opmærksomhed på at støtte barnet i forhold til dette.

Erfaringer fra praksis viser, at det kan være svært at praktisere vidensdeling i mellem de forskellige tilbud, barnet færdes i, herunder viden fra den kommunale sundhedspleje til vuggestue/dagpleje, fra vuggestue/dagpleje til børnehave og fra børnehave til skole. Derfor er 'overgangsmodellen' udviklet som et redskab til at sikre barnets trivsel og udvikling ved hjælp af et overgangsskema, som omsorgspersoner og fagprofessionelle udfylder sammen, hver gang et barn skal skifte til et nyt tilbud (se boks med redskaber på side 43). På den måde sikrer man, at relevant information omkring barnet videregives fra et tilbud til et andet i samarbejde med omsorgspersonerne (40).

### Overgang fra fødegang til barsel

I tiden efter fødslen bør der med samtykke fra forældrene være særlig fokus på deling af viden og koordinering mellem hidtidige og nye aktører i den samlede indsats til familien, så det sikres, at vigtig viden om barnet ikke går tabt i overgangen mellem sektorer og tværfaglige indsatser<sup>14</sup>.

### Overgang fra dagtilbud til skole

Inden et barn fra målgruppen skal begynde i skole, skal der tages stilling til barnets eventuelle behov for specialpædagogisk bistand i børnehaveklassen. PPR stiller forslaget i så god tid, at det er muligt at træffe en beslutning og planlægge det relevante specialpædagogiske setup, inden barnet begynder i børnehaveklassen. Forslaget stilles på baggrund af en drøftelse med barnets omsorgspersoner, de fagpersoner, som har forestået den specialpædagogiske bistand til barnet i dagtilbuddet, barnets kommende børnehaveklasseleder og eventuelt andre med kendskab til barnets særlige behov (*Bilag 4: Lovgivning*).

Et barn i målgruppen vil ofte undervejs i sin skolegang, vise tegn på specifikke vanskeligheder, efterhånden som barnet bliver ældre, og kravene øges. I forbindelse med henvendelser til VISO ses indikationer på, at overgangen mellem indskoling og mellemtrin og igen fra mellemtrin til overbygning kan være særligt vanskelige for målgruppen. Det skyldes relationelle skift, skift i lokaler/bygninger, skift i klassesammensætning, men også om at barnet ved øgede faglige krav og krav til selvstændighed kommer til kort, hvis ikke det støttes tilsvarende dets specifikke vanskeligheder. Der kan i forbindelse med disse planlagte overgange derfor være et særligt behov for, at målgruppen vurderes forud for forandringen, således at den rette støtte iværksættes proaktivt for at forebygge truet trivsel og udvikling.

### Overgang fra grundskole til videre uddannelse

For et ungt menneske i målgruppen kan overgangen fra grundskole til videreuddannelse være særligt vanskelig og kræve særlig støtte. Fra henvendelser til VISO ses, at den unge og netværket har behov for hjælp til at finde

<sup>14</sup> Læs mere herom i [Forløbsbeskrivelse. Udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug](#).

frem til den uddannelses- eller beskæftigelsesretning som matcher med det målgruppespecifikke støttebehov.

#### *Den kommunale ungeindsats (KUI)*

Kommunen skal etablere en sammenhængende, koordineret ungeindsats, som skal gøre alle unge parate til at gennemføre en ungdomsuddannelse eller komme i beskæftigelse. Det er op til den enkelte kommune at beslutte, hvordan de vil etablere den sammenhængende ungeindsats (94). Indsatsen skal tage udgangspunkt i den unges aktuelle situation, uddannelses- og erhvervsønsker samt mulighederne for realiseringen (95).

Indsatsen skal koordineres på tværs af uddannelses-, beskæftigelses- og socialindsatsen, så de unge møder én samlet indsats, og har én indgang til kommunen i forhold til indsats på de tre områder.

Unge i denne målgruppe kan have vanskeligt ved at overskue at gå i skole og leve op til alle de krav der stilles i den forbindelse. Derudover er overgange, som beskrevet ovenfor, svære for målgruppen. Derfor er det vigtigt, at der samarbejdes mellem uddannelses-, beskæftigelses- og socialområdet, så relevant viden om den unge følger med på tværs af de forskellige ressortområder.

Tal viser desuden, at udgifter forbundet med beskæftigelsesindsatsen for målgruppen, er væsentligt højere, end for unge der ikke har været eksponeret for rusmidler i fostertilværelsen (Se mere i *Økonomisk forløbsanalyse*) Dette understreger blot vigtigheden af, at der etableres en koordineret indsats på uddannelses- og beskæftigelsesområdet for at understøtte at unge i denne målgruppe, lykkes bedre med at gennemføre en uddannelse eller komme i beskæftigelse.

#### *STU og FGU*

STU – Ungdomsuddannelse for unge med særlige behov – kan være relevant at overveje og her har kommunerne ansvaret for at målgruppevurdere til og tilrettelægge uddannelsen<sup>15</sup> ud fra den unges særlige støttebehov (96).

De unge, som har behov for en særlig forberedende ungeindsats for at gennemføre en ungdomsuddannelse eller komme i beskæftigelse, kan anmode om at blive målgruppevurderet for at kunne starte på Forberedende Grunduddannelse (FGU).

### **§ Overgang til voksenlivet**

Lov om social service § 19 a: Efter den unge fylder 16 år, påbegyndes forberedelsen af overgangen til voksenlivet. Forberedelsen skal være tværgående og helhedsorienteret og foregå i dialog med den unge og dennes forældre

[Find Lov om social service på retsinformation.dk](https://retsinformation.dk)

### **3.6.2 Skab en vellykket overgang til det 18. år**

Overgangen til voksenlivet er forbundet med særlige udfordringer for unge med komplekse følger af prænatal eksponering for rusmidler og/eller afhængigheds-skabende medicin. Overgangen kan have stor praktisk betydning for deres hverdag, når muligheden for hjælp og støtte ændrer sig ved det fyldte 18. år. Når den unge fylder 18 år, skal den unge som udgangspunkt træffe beslutninger på egne vegne samtidig med, at overgangen til voksenlivet medfører, at der skal tages stilling til en række nye eller ændrede problemstillinger. Kommunen skal starte forberedelserne, når den unge fylder 16 år<sup>16</sup>. Det har stor betydning, at overgangen til voksenlivet planlægges i god tid, så der sikres kontinuitet og trykthed omkring fremtiden for den unge. Forberedelsen

<sup>15</sup> Læs mere på [uvm.dk](http://uvm.dk).

<sup>16</sup> Forpligtigelsen retter sig mod unge med varig og betydeligt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller indgribende kronisk eller langvarig lidelse, som modtager hjælp efter serviceloven.



skal være tværgående og helhedsorienteret og medtage overvejelser om den unges behov for hjælp og støtte som følge af funktionsnedsættelser, uddannelse, beskæftigelse/forsørgelse, boligforhold og sociale forhold. Der er en række væsentlige forhold i sagsbehandlingen som fx (97):

- Rettidig og relevant inddragelse af den unge og dennes omsorgspersoner.
- Udredning af den unges ressourcer, udfordringer og støttebehov, så den unge kan tilbydes den rette indsats ved det fyldte 18. år.
- En tværgående og helhedsorienteret planlægning af den unges overgang, hvor relevante oplysninger indgår.
- Stillingtagen til behov for at søge værgemål.

### ! Redskab til systematiske overgange

*Overgangsmodellen* kan sikre barnets trivsel og udvikling ved, at den afgivende fagprofessionelle/tilbud videregiver relevant information om barnet til det tilbud, som barnet skal fortsætte i. Dette giver det modtagende tilbud mulighed for at yde barnet særlig opmærksomhed og støtte, såfremt barnet har behov for dette (40).

*Overgangen til voksenlivet for unge med handicap – et inspirationsmateriale* giver forslag til, hvordan kommunerne kan tilrettelægge overgangen på en måde, som understøtter et tværgående og helhedsorienteret samarbejde og en god dialog med den unge og dennes omsorgspersoner.

[Læs mere på socialstyrelsen.dk](http://socialstyrelsen.dk)

### Efterværn

Den kommunale familieafdeling er forpligtiget til at vurdere om unge i alderen 18-22 år, der umiddelbart op til deres 18. år har været anbragt uden for hjemmet eller haft en fast kontaktperson, skal have hjælp i form af efterværn.

Formålet med efterværn er, at bidrage til at den unge støttes i at opnå de samme muligheder for personlig udvikling, sundhed, og skolegang samt forberedelse til et selvstændigt voksenliv som deres jævnaldrende.

Da en stor andel af børn i målgruppen bliver anbragt uden for hjemmet, er det relevant at overveje hvorvidt der fortsat er behov for anbringelse efter det 18. år. Særligt fordi målgruppens vanskeligheder kan forværres over tid. Erfaringer fra praksis viser samtidig, at unge i målgruppen kan have langt sværere ved at overskue dagligdagsrutiner såsom at gå i bad, børste tænder osv., og de kan have sværere ved at falde i søvn end deres jævnaldrene. Det antages derfor, at målgruppen fortsat vil have behov for støtte efter deres 18. år med henblik på at hjælpe den unge bedst muligt på vej til et selvstændigt voksenliv.

### § Efterværn

Lov om social service § 74, stk. 3 nr. 1: Døgnophold på anbringelsessted opretholdes (Efterværn)

Lov om social service § 76 stk. 3 nr. 2: Fast kontaktperson for den unge

Lov om social service § 76 stk. 3 nr. 3: Udslusningsordning i det hidtidige anbringelsessted

Lov om social service § 76 stk. 3 nr. 4: Andre former for støtte som skal bidrage til god overgang til en selvstændig tilværelse for den unge

[Find Lov om social service på retsinformation.dk](http://retsinformation.dk)

# 4. ORGANISERING OG SAMARBEJDE



Det tværfaglige samarbejde i forhold til børn og unge med særlige behov er organiseret og forankret forskelligt i landets kommuner, hvorfor der ikke findes én model, som er "den rigtige". Det er vigtigt at have øje for, at indsatsen til denne målgruppe fordrer en særlig opmærksomhed på samarbejdet mellem almenområdet og specialområdet. Samtidig går målgruppen på tværs af handicap- og socialområdet i kommunernes organisering, hvilket bidrager yderligere til et behov for at tænke på tværs af ressortområder med denne målgruppe. Gennem barnets opvækst vil der være en række aktører, som kan bidrage til opsporing af målgruppen. Ligeledes vil der være en række aktører, som kan bidrage med faglige indsatser i forhold til udredning og undersøgelse af barnets vanskeligheder samt i forhold til tiltag.

Aktørerne er blandt andet kendetegnet ved, at de fordeler sig på sundheds-, social- og dagtilbuds/undervisningsområdet, og at de kan have en rolle på forskellige tidspunkter i barnets opvækst (Figur 5 Centrale aktører gennem barnets opvækst). Oplistningen af aktører må ikke ses som en udtømmende liste, der kan selvfølgelig i konkrete situationer/sager være andre relevante aktører. Samarbejdet omkring målgruppen kan variere alt afhængig af, hvor og hvornår barnet er blevet opsporet. Det kan derfor variere, hvem man samarbejder med og på angivet tidspunkt i forløbet. Uagtet om barnets behov for støtte identificeres på sundheds-, social- eller dagtilbuds/undervisningsområdet, skal bekymringen videregives til den kommunale familieafdeling, som derefter skal handle på bekymringen.

Figur 5: Centrale aktører gennem barnets opvækst

	Alder					
	Fødsel	Spædbarn 0-1 år	Småbarn 1-5 år	Skolebarn 5-16 år	Ung 16-17 år	
Centrale aktører	Almen praksis	●	●	●	●	●
	Jordemoder	●				
	Den kommunale sundhedstjeneste <sup>1</sup>	●	●	●	●	●
	Den kommunale børne- og ungdoms tandpleje			●	●	●
	Familieambulatoriet <sup>2</sup>	●	●	●	●	●
	Børne- og ungdomspsykiatri		●	●	●	●
	Børneafdeling	●	●	●	●	●
	Ergo- og fysioterapeut		●	●	●	●
	Den kommunale familieafdeling	●	●	●	●	●
	Familiepleje	●	●	●	●	●
	Døgntilbud		●	●	●	●
	PPR			●	●	●
	Dagtilbud/særlig dagtilbud			●		
	Skole/specialundervisning				●	
	Ungdomsuddannelse					●
	Den kommunale ungeindsats (KUI)				●	●

<sup>1</sup> Den kommunale sundhedstjeneste kan bestå af læger, sundhedsplejersker og andet personale, der varetager opgaver efter sundhedsloven.

<sup>2</sup> Se Bilag 3: Familieambulatorierne.

## 4.1 Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Fordi komplekse følger af prænatal eksponering for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin kan have indflydelse på så mange områder af barnets funktionsevne, er det vigtigt, at indsatsen til målgruppen er baseret på tværfaglighed. Det vil være op til den enkelte kommune at beslutte, hvordan det tværfaglige samarbejde bedst organiseres. Den kommunale familieafdeling er forpligtet på, at der arbejdes tværfagligt og helhedsorienteret. I henhold til sundhedsloven er kommunen forpligtet til at oprette en tværfaglig gruppe, som skal tilgodese børn og unge med særlige behov. Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde mellem faggrupper med forskellige faglige vidensområder og tilgange er afgørende for både opsporingen og den efterfølgende indsats til målgruppen.

### § Den Tværfaglig gruppe

§ 123. Kommunalbestyrelsen opretter med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov en tværfaglig gruppe, der skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab.

[Find Sundhedsloven på retsinformation.dk](http://retsinformation.dk)

## 4.2 Samarbejde og koordinering i forhold til målgruppen

Fagpersoner som tilbyder de almene forebyggende indsatser, som fx jordmødre, sundhedsplejerske, børnetandpleje samt almen praksis vil være vigtige aktører i forhold til opsporing af børn i målgruppen.

Når barnet starter i dagtilbud og skole, bliver disse tilbud også relevante aktører. Det er væsentligt, at fagpersonerne er opmærksomme på barnets trivsel og udvikling, og at de reagerer. Når tiltag over for målgruppen iværksættes, er det vigtigt, at de løbende justeres og tilpasses, så de på bedst mulig måde understøtter bar-

nets behov. Opfølgning vil ske i et samarbejde mellem omsorgspersoner, myndighed og udfører, som fx kan være ergo-/fysioterapeuter, sundhedsplejerske, specialpædagog mfl.

### § Udveksling af oplysninger i det tidlige og forebyggende arbejde

Lov om social service:

§ 49 a. Skole, skolefritidsordning, sygeplejersker, sundhedsplejersker, læger, tandlæger og tandplejere ansat i den kommunale sundhedstjeneste, dagtilbud, fritidshjem, Familieretshuset og myndigheder, der løser opgaver inden for området for udsatte børn og unge, kan indbyrdes udveksle oplysninger om rent private forhold vedrørende et barns eller en ungs personlige og familiemæssige omstændigheder, hvis udvekslingen må anses for nødvendig som led i det tidlige eller forebyggende samarbejde om udsatte børn og unge.

Stk. 2. Udveksling af oplysninger efter stk. 1 til brug for en eventuel sag, jf. kapitel 11 og 12, om et konkret barn, eller en ung kan ske én gang ved et møde. I særlige tilfælde kan der ske en udveksling af oplysninger mellem de myndigheder og institutioner, der er nævnt i stk. 1, ved et opfølgende møde.

Stk. 3. Selvejende eller private institutioner, private klinikker eller friskoler, som løser opgaver for de myndigheder, der er nævnt i stk. 1, kan indbyrdes og med de myndigheder og institutioner, der er nævnt i stk. 1, udveksle oplysninger i samme omfang som nævnt i stk. 1.

Stk. 4. De myndigheder og institutioner, der efter stk. 1-3 kan videregive oplysninger, er ikke forpligtede hertil.

[Find Lov om social service på retsinformation.dk](http://retsinformation.dk)

### ! Modeller til samarbejde og koordinering

Socialstyrelsen har udviklet og afprøvet to modeller i 12 kommuner, der viser lovende resultater i afprøvningen, og som kan være til inspiration til organisering og koordinering af samarbejdet (98). Nogle af de virksomme elementer ved disse modeller er:

#### Sammen om familien

- Inddragelse af familien.
- Systematisk opfølgning.
- Fælles målbillede.
- Styrket tværgående samarbejde.

[Læs mere om Sammen om familien på socialstyrelsen.dk](#)

#### Én familie – én indgang:

- Koordineret sagsbehandling.
- Inddragelse af familien.
- Fælles systematisk tilgang.
- Fælles finansiering.

[Læs mere om Én familie – én indgang på socialstyrelsen.dk](#)

### 4.2.1 Samarbejd med barnet og deres omsorgspersoner

Inddragelsen af barn og omsorgspersoner er afgørende for tilrettelæggelse af den rette hjælp, og dermed bliver samarbejdet med barn og omsorgspersoner helt centralt for indsatsen målrettet målgruppen. Det betyder, at den kommunale familieafdeling skal tilrettelægge forløbet, så omsorgspersonernes medvirken er mulig og at de opgaver og tilbud, der omfatter barnet og deres familie, udføres i et samarbejde med omsorgspersonerne (99; 100).

Et godt samarbejde mellem sagsbehandler og omsorgspersoner handler blandt andet om, at omsorgspersoner bliver mødt med empati og anerkendelse, at sagsbehandler har kendskab til området og den specifikke sag, at der er en tydelig og fortløbende orientering til forældrene, samt at indsatsen koordineres (99; 100).

Det kræver faglig indsigt at sikre, at inddragelsen af barnet bliver en integreret del af sagsbehandlingen. Inddragelse af barnet fordrer blandt andet, at sagsbehandler udformer og sikrer tydelige rammer for møder, så barnet i højere grad får indflydelse på mødets udformning og dermed bedre, kan komme til orde. Det handler også om, at sagsbehandler har et særskilt fokus på at sikre inddragelsen af børn, som har betydelige udfordringer eller børn, der er yngre (99).

### ! Redskaber til inddragelse af barn og omsorgspersoner

De 9 H'er er spørgsmål, som kan anvendes til at inddrage barnet og omsorgspersonerne i forhold til mødets indhold og omfang. Inddragelse kan ske, ved at sagsbehandler forinden mødet har forberedt svar på de ni spørgsmål:

- Hvad skal der ske, hvorfor skal det ske, hvornår skal det ske, hvor skal det ske, hvem er ansvarlig, hvordan skal det ske, hvor længe går der inden, hvem giver besked, hvad er det næste, der skal ske ...?

[Læs mere om De 9 H'er på socialstyrelsen.dk](#)

### Inddragelse af barnet

Der findes en række redskaber, som sagsbehandleren kan benytte sig af til at inddrage barnet, fx

- Netværkskort – [læs mere på socialstyrelsen.dk](#)
- Dialoglinealen – [læs mere på socialstyrelsen.dk](#)
- De tre Huse - Feen og Trolden – [læs mere på vidensportalen.dk](#)

*Feedback Informed Treatment* (FIT) er et evidens-baseret dialog- og evalueringsredskab, der oprindeligt er udviklet til fagprofessionelle behandlere. FIT kan anvendes uafhængigt af sektor og specifik målgruppe. Formålet er gennem inddragelse af borgerens feedback at evaluere og forbedre kvaliteten og effekten af fx samarbejdet.

[Læs mere om FIT på socialstyrelsen.dk](#)

*Din stemme* er et digitalt dialogværktøj, som hjælper fagpersoner inden for børneområdet med at facilitere en børnesamtale af høj kvalitet og med respekt for barnets stemme som central viden.

[Læs mere på Din stemme.nu](#)

### 4.2.2 Dagtilbud og skole

Ved bekymring for et barns trivsel og udvikling er det vigtigt, at dagtilbuddet inddrager relevante fagpersoner fx i regi af PPR for en vurdering af barnets behov. Det pædagogiske læringsmiljø skal tage højde for børn i udsatte positioner, således at børnenes trivsel, læring, udvikling og dannelse fremmes (dagtilbudsloven § 8 stk. 5). Det pædagogiske personale har sammen med andre fagprofessionelle et ansvar for at støtte børn med forskellige udfordringer og sikre, at alle børn deltager i fællesskabet. Personalet kan desuden indgå i samarbejde med PPR og de øvrige fagpersoner omkring barnet og efter deres anvisning bidrage til at stå for den opfølgende indsats i dagligdagen. Ved bekymring for elevens trivsel og udvikling er det skolelederens ansvar at have et beredskab, som gør det muligt at vurdere en elevs undervisningsmæssige behov, hvor der kan være anledning til bekymring. Skolelederen kan bede PPR om vurdering af den enkelte elev, når elevens skolesituation giver anledning til alvorlig bekymring.

### § Pædagogisk læreplan

Dagtilbudsloven §§ 8-9

§ Behov for specialundervisning

Folkeskoleloven § 3, stk. 2: Specialundervisning eller specialpædagogisk bistand til børn, hvis udvikling kræver dette. Henvielse til længerevarende specialundervisning sker gennem PPR og i samråd med eleven og forældre jf. FSL § 12, stk. 2

[Find Folkeskolen loven på retsinformation.dk](#)

Henvielse til specialundervisning forudsætter en sagkyndig vurdering i form af en pædagogisk-psykologisk vurdering (PPV) hos PPR (se *Bilag 4: Lovgivning*). Hvis en elev har et særligt undervisningsbehov, der ikke antages at kunne imødekommes inden for rammerne af den almindelige undervisning, skal skolens leder med omsorgspersonernes samtykke indstille eleven til en PPV.

På baggrund af en PPV udarbejder PPR forslag til rammerne for og indholdet i elevens videre undervisning. Hvis konklusionen på vurderingen er, at der ikke bør iværksættes specialpædagogisk bistand, skal der fremlægges forslag om, hvordan rammerne for og indholdet i den almindelige undervisning kan ændres for at imødekomme elevens særlige behov.

Skolelederen tager beslutning om specialpædagogisk bistand inden for skolens rammer. Hvis skolelederen vurderer, at skolen ikke kan tilbyde et undervisningstilbud, der imødekommer elevens særlige behov, overdrages sagen til kommunen, der herefter skal henvise til et relevant specialundervisningstilbud. Mindst én gang om året skal skolelederen på baggrund af en ny PPV tage stilling til om specialundervisningen og den specialpædagogiske bistand skal fortsætte, ændres eller ophøre.

#### 4.2.3 Sundhedsområdet

Systematisk og koordineret samarbejde og dialog mellem sundhedsplejerske, jordemødre, speciallæger, herunder den praktiserende læge og andre relevante fagpersoner, bidrager til, at børn i målgruppen kan opspores (101). Den kommunale børne- og ungdomstandplejes samarbejde med kommunens øvrige sundhedsfremmende og forebyggende indsatser er også væsentligt i forhold til tidlig opsporing af børn, der kan have særlige behov.

Som det fremgår af *afsnit 4.1* er kommunen forpligtet på at oprette en tværfaglig gruppe, som skal tilgode-se børn og unge med særlige behov. Den tværfaglige gruppe skal sikre, at barnets udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab. Det anbefales, at gruppen sammensættes så bredt som muligt med mulighed for at indkalde særlige specialister, såfremt gruppens samlede faglige kompetencer ikke er tilstrækkelige til at afhjælpe problemet. Det anbefales, at gruppen sammensættes med deltagelse af følgende fagpersoner:

- Kommunalt ansat læge
- Praksiskonsulent eller anden repræsentant for almen praksis
- Sundhedsplejerske
- Psykolog fra PPR
- Pædagog, eventuelt pædagogisk konsulent/lærer, eventuelt specialcenterlærer (afhængigt af aldersgruppen)
- Socialrådgiver
- SSP-konsulent

I konkrete sager kan der være brug for deltagelse ad hoc af fx:

- Barnets praktiserende læge eller andet sundhedsfagligt personale fra almen praksis
- Jordemoder
- Børnetandlæge/-tandplejer
- Fysioterapeut/ergoterapeut
- Audiologopæd

Den tværfaglige gruppe kan have forskellige funktioner, ligesom den kan have betydning både i enkeltsager og i mere generelle forebyggelsessager. Gruppen kan være sagsbehandlende 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 (101).

#### 4.2.4 Børn som følges i regi af et familieambulatoriet

Familieambulatoriet<sup>17</sup> tilbyder at indgå i tværsektorielt samarbejde med relevante eksterne parter, som fx den kommunale familieafdeling, PPR, sundhedsplejerske, almen praksis, børne- og ungdomspsykiatere, dag- og døgnforanstaltninger, som også kan deltage. Formålet med det tværsektorielle samarbejde er at sikre familien den støtte og hjælp, der er behov for, og at støtten ydes

<sup>17</sup> Ikke alle regioners familieambulatorier har børneopfølgning. I region Midtjylland følges børnene til og med det 18. år, i region Nordjylland og Syddanmark følges de indtil skolealderen. Region Hovedstaden og Sjælland har pt ingen børneopfølgning i regi af deres familieambulatorier. Se *Bilag 3* hvor indsatserne til børnene fremgår.

i en sammenhængende og samlet indsats med særligt fokus på barnets behov. Afholdelse af tværsektorielle koordinationsmøder er et centralt element i planlægningen, koordineringen og den løbende justering af indsatsen. På tværsektorielle koordinationsmøder aftales, hvilken støtte og omsorg henholdsvis, familieambulatoriet og andre professionelle aktører varetager i forhold til forældrenes og barnets behov (56; 102). Omsorgspersonerne inviteres til deltagelse i de tværfaglige møder.

Familieambulatoriet varetager tovholderfunktionen, dvs. tilrettelægger og indkalder til koordinationsmøderne og udarbejder mødereferater (56). Så snart barnet er født, vil familieambulatoriet orientere socialforvaltningen. Ligeledes vil sundhedsplejerske blive orienteret, når mor og barn udskrives til eget hjem. I forbindelse med udskrivning får moderen tid til den første børneundersøgelse i familieambulatoriet. Dette gælder også børn, som udskrives til døgnregi med eller uden mor (102).

Socialforvaltningen er en vigtig samarbejdspartner i forbindelse med børn, som er overflyttet til neonatalafdelingen. Familieambulatoriet og socialforvaltningen vil være i et tæt samarbejde, hvor socialforvaltningen informeres regelmæssigt om barnets tilstand, behandling, eventuelt prognose, tidspunkt for forventet udskrivning samt forældrenes tilstand og kontakt med barnet. Det tilstræbes, at familieambulatoriet allerede inden fødslen har sendt en skriftlig forløbsbeskrivelse til socialforvaltningen om deres kendskab til graviditetsforløbet og forældrenes forhold i øvrigt. Forløbsbeskrivelsen suppleres med en skriftlig beskrivelse af barnets tilstand og behandling efter fødslen samt af forældrenes kontakt med barnet, heraf deres aktuelle situation og funktionsniveau (102).

De opfølgende børneundersøgelser i familieambulatoriet er et vigtigt supplement til den kommunale indsats og skal foregå i tæt samarbejde med kommunen (Se *Bilag 3: Familieambulatorierne*). I familieambulatoriet foretages en sundhedsfaglig vurdering af barnets fysiske og psykiske helbredstilstand, udviklingsmæssige status og omsorgssituation, som kan bidrage til kommunens beslutningsgrundlag og indgå i vurderingen af behovet for hjælpeforanstaltninger (56).

Familieambulatoriet skal altid lægge en plan for opfølgningen, som beskriver, hvordan familieambulatoriets fortsatte kontakt til barnet og familien varetages fra udskrivning og frem til barnet afsluttes. Planen sikrer koordinering og afstemning med opgaveløsningen i den primære social- og sundhedssektor i kommunen samt andre relevante fagpersoner og instanser uden for hospitalet. Planen justeres løbende efter behov (56).

Når barnet afsluttes i familieambulatoriet, indkalder familieambulatoriet til et tværsektorielt udskrivningsmøde med deltagelse af relevante kommunale forvaltninger, herunder sagsbehandler, den kommunale sundhedstjeneste, skole, PPR, dagtilbud m.fl. Forældre og eventuelt anbringelsessted inviteres til deltagelse. På mødet drøftes barnets eventuelle behov og vanskeligheder, samt hvilken hjælp og støtte barnet har brug for. Familieambulatoriet udarbejder en afsluttende statusskrivelse til brug for videre foranstaltninger. Ved behov informerer og rådgiver familieambulatoriet de involverede fagpersoner om de særlige vanskeligheder og behov, som rusmiddeleksponerede børn generelt kan have, og specielt, hvad det aktuelle barn har af vanskeligheder og behov, og vil kunne forventes at have fremover (56).



# 5. ØKONOMISK FORLØBSANALYSE



Socialstyrelsen har udarbejdet en økonomisk forløbsanalyse, der belyser, hvilke direkte og afledte offentlige udgifter der potentielt kan forventes at være forbundet med forskellige typer af forløb for børn og unge med prænatal rusmiddeleksponering.

Formålet med den økonomiske forløbsanalyse er at belyse, om der, ud over de menneskelige effekter, også er et økonomisk potentiale for kommuner og det offentlige samlet set ved at tilbyde rettidige udredninger og indsatser til målgruppen. Den økonomiske forløbsanalyse skal dermed imødekomme en del af kommunale leders vidensbehov i forbindelse med beslutningsprocesser.

## 5.1 Opsummering af analysens resultater

Opgørelsen af målgruppens offentlige livsforløbsudgifter viser, at målgruppen af børn og unge med prænatal rusmiddeleksponering har et væsentligt højere forbrug af de offentlige ydelser i deres 1.-25. leveår sammenlignet med børn og unge uden eksponering. Det er særligt børn og unge udsat for prænatal alkoholeksponering, der har højere offentlige udgifter.

De højere offentlige udgifter for målgruppen er særligt drevet af et højere forbrug af sociale foranstaltninger til børn og unge under 18 år og efterværn fx anbringelse. Da kommunen afholder hovedparten af disse udgifter er det også kommunerne, der bærer hovedparten af udgifterne forbundet med målgruppen.

Den økonomiske forløbsanalyse viser, at der ved at iværksætte rettidige udredninger og indsatser i barnets 1.-16. leveår, potentielt er en række lavere afledte offentlige udgifter i den unges 17.-25. leveår, sammenlignet med at iværksætte udredninger og indsatser sent. Dette er dog under forudsætning af, at forløbet med rettidige udredninger og indsatser medfører, at barnet består folkeskolens afgangseksamen.

De afledte offentlige udgifter er særligt drevet af et mindre forbrug af sociale foranstaltninger til børn og unge under 18 år fx til anbringelser, grundskolen og til specialundervisning. Der forventes også lavere afledte offentlige udgifter forbundet med indkomstoverførsler samt til politi, retsvæsen og kriminalforsorgen samt højere indbetalinger af skat af indkomst når de når voksenalderen.

De lavere afledte offentlige udgifter, der forventes at følge af et forløb med rettidigt iværksatte udredninger og indsatser i den unges 17.-25. leveår, ser ud til at kunne opveje de direkte offentlige udgifter, der er forbundet med at iværksætte disse rettidige udredninger og indsatser i barnets 1.-16. leveår. Dette ses ved at de samlede offentlige udgifter, forbundet med det specificerede caseforløb for børn og unge med kendt prænalt rusmiddeleksponering og rettidig udredning og indsats, er lavere end de samlede offentlige udgifter for det specificerede caseforløb for børn og unge med ukendt prænalt rusmiddeleksponering samt sen udredning og indsats, heriblandt anbringelse i familiepleje.

Der kan desuden potentielt være relativt færre afledte offentlige udgifter, hvis der medregnes offentlige udgifter efter den unges 25. leveår eller hvis der medregnes afledte offentlige udgifter forbundet med andre typer af offentlige ydelser og aktiviteter end de, der fremgår af denne analyse. Dette vil være med til at gøre det mere fordelagtigt at iværksætte rettidige udredninger og indsatser for målgruppen.

Desuden er den økonomiske forløbsanalyse budgetøkonomisk, hvorfor den ikke medtager værdien af forbedre livskvalitet og trivsel. Resultatet af den økonomiske forløbsanalyse skal derfor ses i relation til den personlige effekt rettidige udredninger og indsatser har, for de børn og unge der modtager et sådan forløb samt for deres familier/omsorgspersoner.

## 5.2 Livsforløbsudgifter

Målgruppens livsforløbsudgifter er i denne forløbsbeskrivelse afgrænset til at omfatte de gennemsnitlige offentlige udgifter, der er forbundet med børn og unge med prænatal rusmiddeleksponering. Der er medregnet udgifter for de offentlige ydelser og aktiviteter, der er omfattet af Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM), version 3.0. Til opgørelse af de offentlige udgifter er der gjort brug af enhedspriser forbundet med de enkelte offentlige ydelser og aktiviteter, der fremgår af SØMs vidensdatabase. For nærmere specifikation af de enkelte offentlige ydelser og aktiviteter samt deres respektive enhedspriser se SØM.

Målgruppen er afgrænset til at omfatte børn, der er registeret med en diagnose i Landspatientregisteret, der vedrører prænatal rusmiddeleksponering. For nærmere afgrænsning af målgruppen se *Bilag 8: Beregninger bag den økonomiske forløbsanalyse*.

Det er væsentligt at pointere, at målgruppen for denne forløbsbeskrivelse kun udgør en del af den registerafgrænsede målgruppe, da målgruppen for forløbsbeskrivelsen kun omfatter de børn og unge, der har komplekse

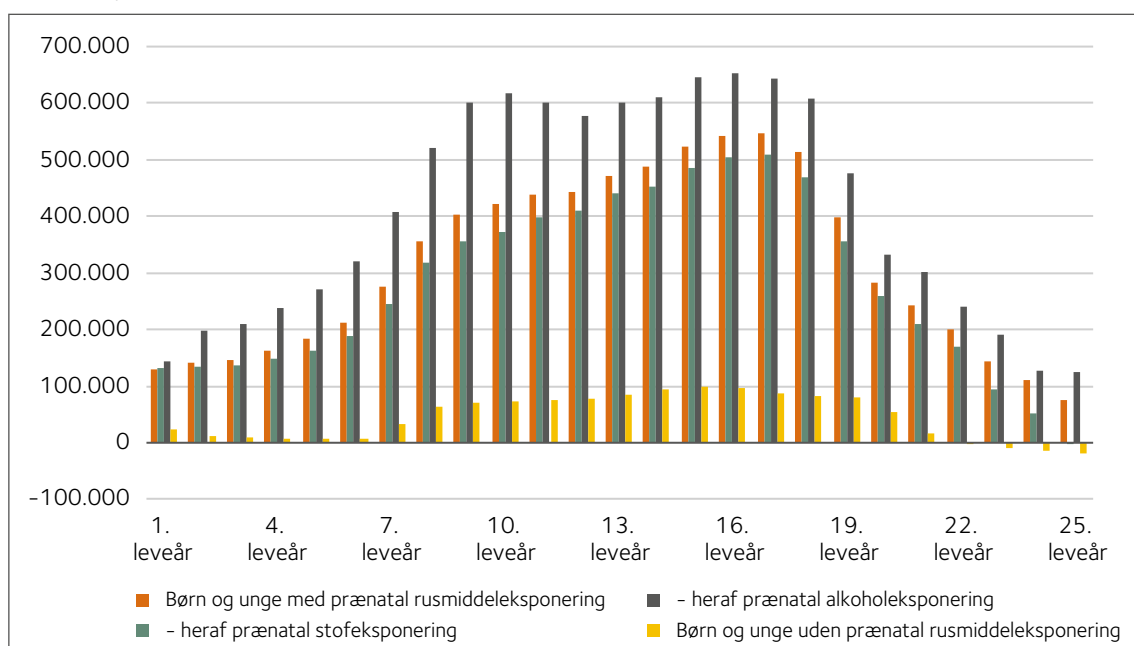
funktionsnedsættelser som følge af prænatal rusmiddeleksponering. Når denne afgrænsning alligevel anvendes til at opgøre målgruppens livsforløbsudgifter skyldes det, at komplekse problemer som følger af prænatal rusmiddeleksponering ofte ikke er kendt ved fødslen og derfor ikke kan afgrænses i de nationale registre.

Der medregnes offentlige udgifter i barnets/den unges 1.-25. leveår, da de nationale registre for nuværende ikke muliggør, at der medregnes offentlige udgifter over en længere tidshorisont.

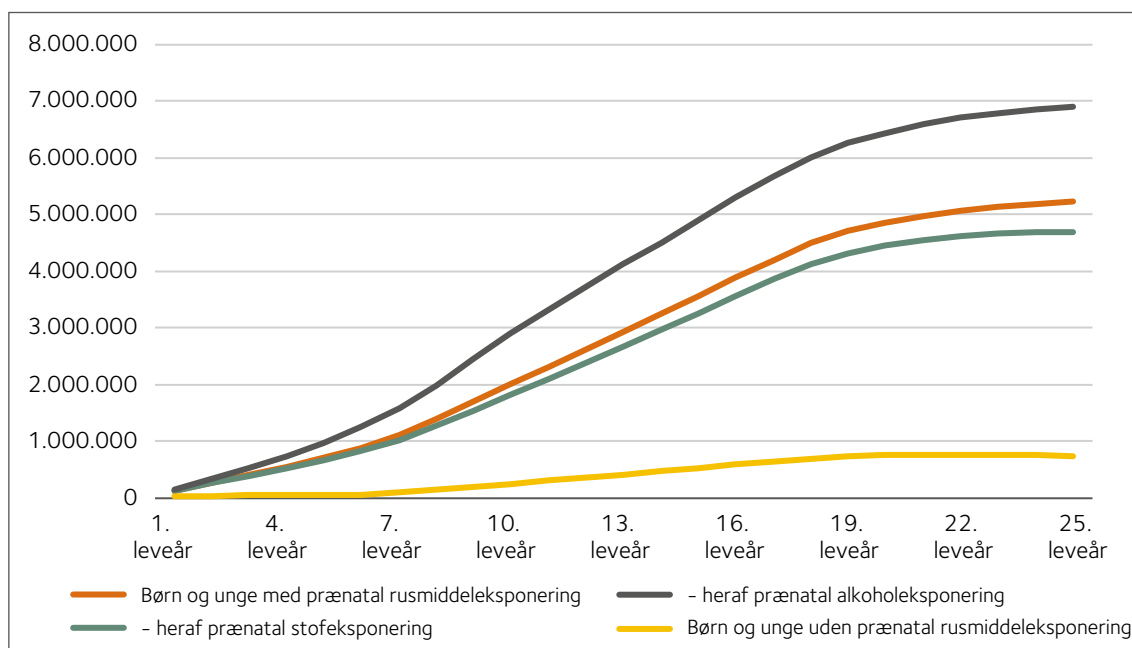
De offentlige udgifter for den samlede målgruppe er væsentligt højere (i alt ca. 5,2 mio. kr.) sammenlignet med offentlige udgifter for børn og unge uden prænatal rusmiddeleksponering (i alt ca. 0,7 mio. kr.), jf. Figur 6. Særligt børn og unge med prænatal alkoholeksponering har højere offentlige udgifter (i alt ca. 6,9 mio. kr.).

De offentlige udgifter for både børn og unge med og uden prænatal rusmiddeleksponering er stigende fra omkring det 1./2. leveår til omkring det 17./18. leveår, hvorefter de offentlige udgifter er aftagende. Særligt i skole- og ungdomsalderen (7.-19. leveår) er de offentlige udgifter væsentligt højere for målgruppen.

**Figur 6:** (A) og (B) Gennemsnitlige offentlige udgifter forbundet med *børn og unge med og uden prænatal rusmiddeleksponering* fordelt på leveår samt akkumuleret Kr., 2021-priser - (A)



Kr., 2021-priser - (B)



**Anm.:** Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Barnets 1. leveår angiver det kalenderår, hvor barnet er født. Der er medregnet offentlige udgifter forbundet med de offentlige ydelser og aktiviteter, der indgår i Den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM, version 3.0, fra barnets 1.-25. leveår. N = 79-973.958.

**Kilde:** Baseret på oplysninger fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen vedrørende børn med komplekse følger af prænatal rusmiddeleksponering, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

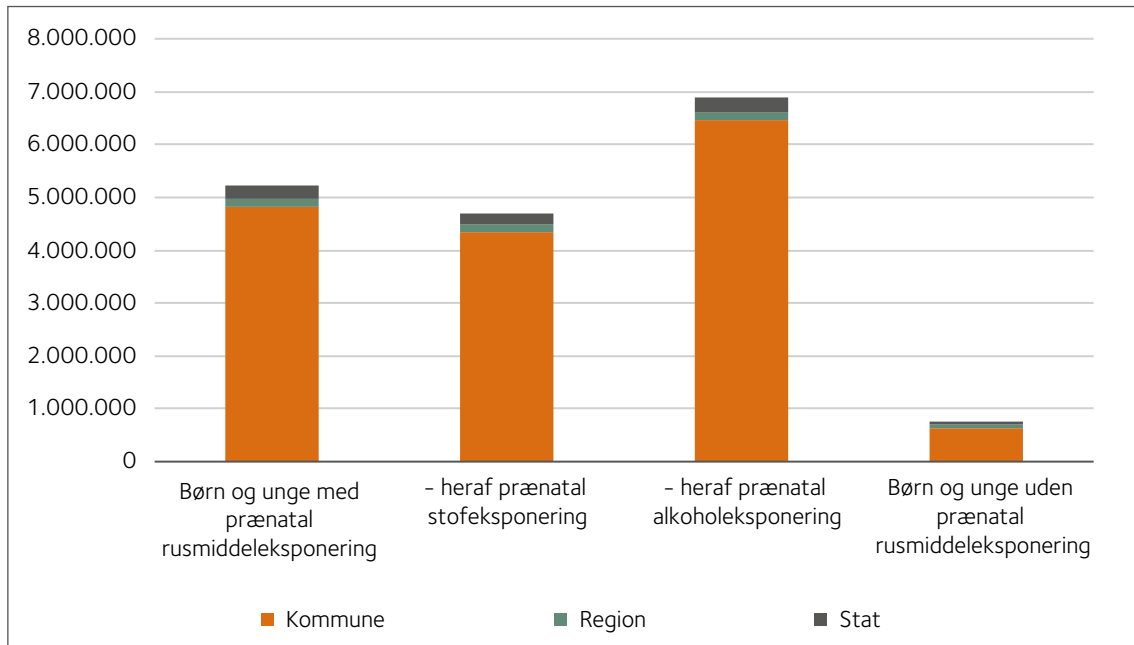
Det er særligt kommunerne, der har højere udgifter forbundet med børn og unge med prænatal rusmiddeleksponering, jf. figur 7. Kommunernes udgifter forbundet med målgruppen er næste otte gange højere sammenlignet med kommunernes udgifter forbundet med børn og unge uden prænatal rusmiddeleksponering. Ses der afgrænset på kommunernes udgifter i forhold til alkoholeksponering er udgifterne mere end ti gange højere sammenlignet med udgifter forbundet med børn og unge uden prænatal rusmiddeleksponering.

Statens og regionernes udgifter forbundet med målgruppen er også højere sammenlignet med deres respektive udgifter forbundet med børn og unge uden prænatal rusmiddeleksponering.

Det er særligt udgifterne forbundet med sociale foranstaltninger til børn og unge under 18 år og efterværn fx anbringelse, der er højere for målgruppen end for børn og unge uden prænatal rusmiddeleksponering, jf. figur 8.

Udgifterne forbundet med sociale foranstaltninger til børn og unge under 18 år, er næsten 27 gange højere for målgruppen, mens udgifterne forbundet med efterværn er næsten 20 gange højere. Udgifterne forbundet med sociale serviceydelser til voksne og beskæftigelsesindsatser er også væsentligt højere for børn og unge med prænatal rusmiddeleksponering sammenlignet med børn og unge uden prænatal rusmiddeleksponering.

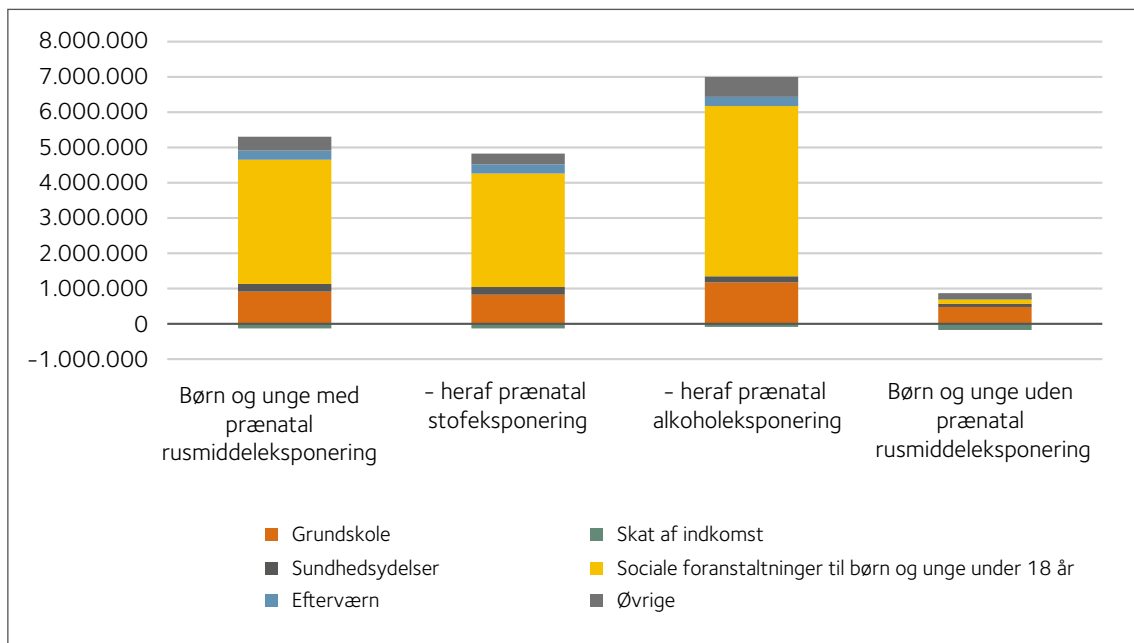
**Figur 7:** Gennemsnitlige offentlige udgifter forbundet med *børn og unge med og uden prænatal rusmiddeleksponering* i alt fordelt på aktører  
Kr., 2021-priser



**Anm.:** Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Barnets 1. leveår angiver det kalenderår, hvor barnet er født. Der er medregnet offentlige udgifter forbundet med de offentlige ydelser og aktiviteter, der indgår i Den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM, version 3.0, fra barnets 1.-25. leveår. N = 79-973.958.

**Kilde:** Baseret på oplysninger fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen vedrørende børn med komplekse følger af prænatal rusmiddeleksponering, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

**Figur 8:** Gennemsnitlige offentlige udgifter forbundet med *børn og unge med og uden prænatal rusmiddeleksponering* i alt fordelt på overordnede velfærdsområder  
Kr., 2021-priser



**Anm.:** Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Barnets 1. leveår angiver det kalenderår, hvor barnet er født. Der er medregnet offentlige udgifter forbundet med de offentlige ydelser og aktiviteter, der indgår i Den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM, version 3.0, fra barnets 1.-25. leveår. N = 79-973.958.

**Kilde:** Baseret på oplysninger fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen vedrørende børn med komplekse følger af prænatal rusmiddeleksponering, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

## 5.3 Analysens antagelser og forudsætninger

Den økonomiske forløbsanalyse bygger på en række antagelser og forudsætninger om de forløb, der analyseres. Nedenfor beskrives de antagelser og forudsætninger, der ligger bag opgørelsen af offentlige udgifter forbundet med de specificerede caseforløb.

De direkte offentlige udgifter forbundet med de specificerede caseforløb er i analysen afgrænset til at omfatte udgifter på social-, dagtilbuds- og undervisningsområdet, der imødekommer målgruppens indsatsbehov, og som vedrører barnet i perioden 1.-16. leveår.

De afledte offentlige udgifter er et udtryk for de offentlige udgifter på velfærdsområderne bredt set, der potentielt kan forventes at være forbundet med forskellige typer af caseforløb, herunder fx forbrug af indkomstoverførsler og sundhedsydelse, og medregnes i den unges 17.-25. leveår.

### 5.3.1 Caseforløb

De direkte offentlige udgifter forbundet med specificerede caseforløb i denne økonomiske forløbsanalyse omfatter de udgifter, der er forbundet med relevante indsatser på social-, dagtilbuds- og undervisningsområdet i forskellige caseforløb. Nedenfor beskrives de to specificerede caseforløb for den økonomiske forløbsanalyse samt de overordnede antagelser og forudsætningerne bag opgørelsen af forløbenes direkte offentlige udgifter. For en detaljeret gennemgang se *Bilag 8: Beregninger bag den økonomiske forløbsanalyse*.

#### Caseforløb 1: Børn og unge med kendt prænatal rusmiddeleksponering og med rettidig udredning og indsats

Det første caseforløb er et udtryk for et optimalt forløb, hvor barnets prænatale eksposition er kendt og barnet tilbydes rettidig udredning og indsats.

Det antages, at barnet påbegynder en almen dagpleje eller vuggestue hvor der gives en ekstra indsats målrettet reguleringsvanskeligheder (søvn og spisning) og hvor barnet i det sidste år i pasning tæller for to. Efter endt dagpleje/vuggestue overgår barnet til en special-

børnehave, der kan tilgodese barnets behov. Efter endt specialbørnehave påbegynder barnet enten specialklasse eller specialundervisning inkluderet i almenklasse, som barnet modtager skoletiden ud.

Det antages desuden at barnet og barnets nærmeste omsorgspersoner modtager praktisk og pædagogisk støtte i barnets første tre leveår, mens barnet og barnets familie har en fast kontaktperson fra barnets fjerde leveår og indtil barnet afslutter grundskolen. I løbet af barnets første 16 leveår antages det, at barnet modtager familiebehandling/behandling af barnets problemer af to omgange.

Som yderligere hjælp antages det at barnet indgår i aflastningsordning en weekend om måneden samt en uges sommerferie i barnets 4.-16. leveår.

#### Caseforløb 2: Børn og unge med ukendt prænatal rusmiddeleksponering og med sen udredning og indsats

Det andet caseforløb er et udtryk for et forløb, hvor barnets prænatale eksposition er ukendt og barnet tilbydes sen udredning og indsats.

Det antages, at barnet påbegynder en almen dagpleje hvor der gives en ekstra indsats på grund af vigende trivsel og hvor barnet i det sidste år i pasning tæller for to i dagplejen. Efter endt dagpleje overgår barnet til en almen børnehave, hvor barnet har nedsat trivsel og stagnerende udvikling, sandsynligvis fordi barnets prænatale rusmiddeleksponering ikke er kendt og dets behov dermed ikke bliver tilgodeset. Barnet tildeles en fast kontaktperson fra 4.-10. leveår og indgår i intensiveret aflastning med to weekender hver måned samt to uger i sommerferien fra barnets 5.-10. leveår. Barnet får yderligere støtte fra støttepædagog på 8 timer ugentligt i børnehaven.

Efter endt børnehaven påbegynder barnet almen grundskoleklasse, som barnet er i til og med tredje klasse med støtte fra støttepædagog på 8 timer ugentligt. Barnets problemer har på dette tidspunkt udviklet sig til en sådan størrelse, at barnet udredes og anbringes i familiepleje. Denne antagelse bygger på den høje andel af anbragte børn med rusmiddeleksponering fra 11. leveår, jf. Figur 1 i kapitel 1.

Fra fjerde til niende klasse antages det, at barnet og plejefamilien modtager familiebehandling/behandling af barnets problemer af én omgang.

Fra 4. klasse tilbydes barnet specialundervisning i specialklasse eller specialundervisning som er inkluderet i almen klasse, hvor den er tilpasset behovet for et barn med prænatal rusmiddeleksponering. Barnet modtager specialundervisning resten af skoletiden ud.

### 5.3.2 Afledte offentlige udgifter, der forventes at følge af de specificerede caseforløb

Afledte offentlige udgifter omfatter i denne økonomiske forløbsanalyse de indirekte ændringer i forbruget af offentlige ydelser og aktiviteter, der forventes at følge af effekten af forskellige typer af forløb for børn og unge med prænatal rusmiddeleksponering.

Offentlige udgifter er beregnet i de nationale register ud fra en målgruppe, der ligner målgruppen for forløbsbeskrivelsen, og et succesmål, der ligner succesmålet for det optimale forløb for målgruppen. Nedenfor beskrives de centrale antagelser og forudsætningerne bag opgørelsen samt de afledte offentlige udgifter forbundet med forløbene. For en detaljeret gennemgang af antagelser og forudsætninger se *Bilag 8: Beregninger bag den økonomiske forløbsanalyse*.

Målgruppen er afgrænset til at omfatte børn, der er registreret med en diagnose i Landspatientregisteret, der vedrører prænatal rusmiddeleksponering, med samme forbehold som omtalt i *afsnit 5.2*.

Succesmålet er afgrænset til at omfatte unge i målgruppen, der har bestået folkeskolens afgangseksamen, hvilket er defineret som, at de som minimum har en gennemsnitlig karakterer på 2,0 i de bundne prøvfag og i prøvfag til udtræk. Dette succesmål er anvendt, da det vurderes som værende et af de primære succesmål, da potentialet er forbundet med at tilbyde børn med komplekse følger af prænatal rusmiddeleksponering rettidig udredning og indsats.

En central antagelse i den økonomiske forløbsanalyse er, at det optimale forløb (caseforløb 1) forventes at medføre at barnet gennemfører folkeskolens afgangseksamen. Omvendt forventes forløbet, der ønskes undgået (caseforløb 2) at medføre, at barnet ikke gennemfører folkeskolens afgangseksamen.

Det er væsentligt at pointere, at der ikke er viden om, hvorvidt det optimale forløb medfører at barnet gennemfører folkeskolens afgangsprøve, men at det er det bedste bud på et relevant succesmål forbundet med et godt forløb for et barn i målgruppen.

Hvorvidt barnet gennemfører folkeskolens adgangseksamen har betydning for det fremadrettede forbrug af offentlige ydelser og aktiviteter, som følges for den unge fra den unges 17. til 25. leveår.

Der medregnes afledte offentlige udgifter inden for følgende overordnede velfærdsområder:

- Grundskole
- Ungdomsuddannelse
- Beskæftigelsesindsatser
- Indkomstoverførsler
- Skat af indkomst
- Sociale foranstaltninger til børn og unge under 18 år
- Efterværn
- Sociale serviceydelser for voksne over 17 år (fra 18. leveår)
- Politi, retsvæsen og kriminalforsorg
- Sundhedsydelser

Til opgørelse af de offentlige udgifter er der gjort brug af de definitioner der er for offentlige ydelser og aktiviteter i SØM samt enhedspriser forbundet med de enkelte offentlige ydelser og aktiviteter, der fremgår af SØMs vidensdatabase. For nærmere specifikation af de enkelte offentlige ydelser og aktiviteter samt deres respektive enhedspriser se SØM, version 3.0.

## 5.4 Analysens resultater

Resultaterne af den økonomiske forløbsanalyse fremgår nedenfor.

De direkte offentlige udgifter forbundet med caseforløb 1 med kendt prænatal rusmiddeleksponering, rettidig udredning og indsats i barnets 1.-16. leveår er en smule lavere end de samme offentlige udgifter forbundet med caseforløb 2, da barnet i caseforløb 1 modtager tidlige indsatser på social-, dagtilbuds- og undervisningsområdet, som forventes at kunne understøtte barnets udvikling mest hensigtsmæssigt og undgår en nødvendig anbringelse i familiepleje, jf. Figur 9.

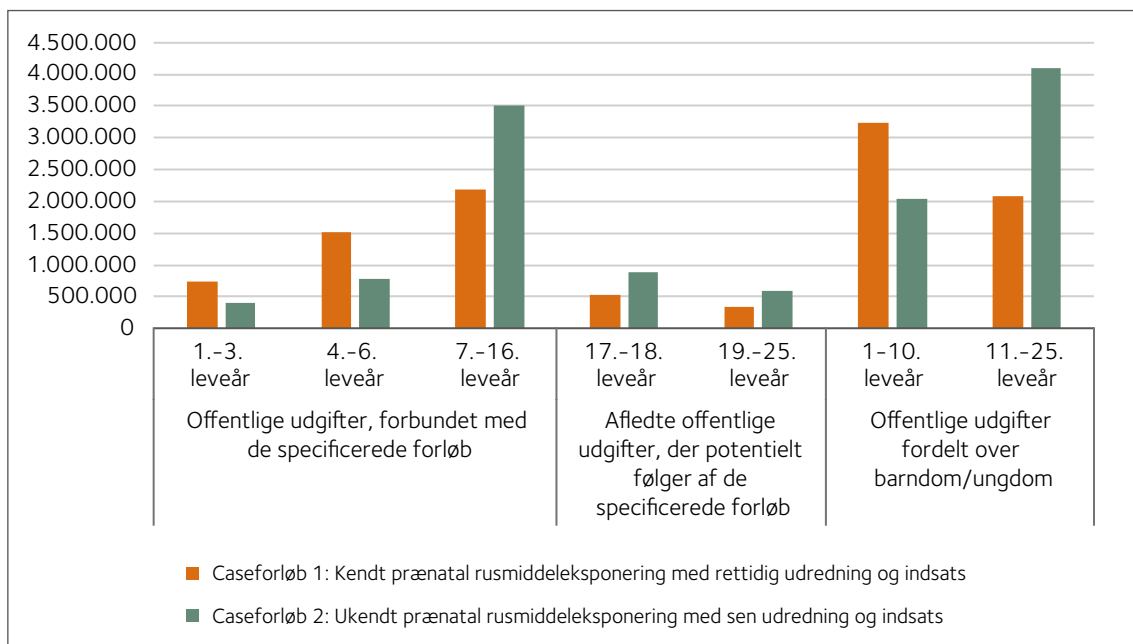
De direkte offentlige udgifter på social- og specialundervisningsområdet forbundet med scenariet for caseforløb 1 fra barnets 1.-16. leveår beløber sig til ca. 4,5 mio. kr., mens de samme direkte offentlige udgifter forbundet med scenariet for caseforløb 2 fra barnets

1.-16. leveår beløber sig til ca. 4,7 mio. kr. Det er især de høje omkostninger i forbindelse med anbringelse i familiepleje fra 11. leveår som gør den samlede direkte omkostning højere i caseforløb 2.

Det ses desuden, at de afledte offentlige udgifter, der potentielt er forbundet med caseforløb 1, hvis den unge som følge af forløbet består folkeskolens afgangseksamen, er lavere end de afledte offentlige udgifter forbundet med caseforløb 2, da den unge i caseforløb 1, vil have et mindre forbrug af offentlige ydelser og aktiviteter i årene efter afsluttet grundskole såfremt den unge består folkeskolens afgangseksamen.

De afledte offentlige udgifter på velfærdsområderne generelt set, der potentielt er forbundet med caseforløb 1 fra barnets 17.-25. leveår, beløber sig til ca. 870.000 kr., mens de samme offentlige udgifter forbundet med caseforløb 2 fra barnets 17.-25. leveår beløber sig til ca. 1,5 mio. kr.

**Figur 9:** Offentlige udgifter forbundet med forskellige caseforløb for børn og unge med prænatal rusmiddeleksponering fordelt på aldersintervaller  
Kr., 2021-priser, nutidsværdi i første leveår



**Anm.:** Egne beregninger på baggrund af input om de forskellige caseforløb fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Barnets 1. leveår angiver det kalenderår, hvor barnet er født. Der er medregnet direkte offentlige udgifter forbundet med de specificerede caseforløb på dagtilbuds-, undervisnings- og socialområde i barnets 1.-16. leveår, mens der er medregnet afledte offentlige udgifter, der potentielt følger af de specificerede caseforløb for de offentlige ydelser og aktiviteter, der indgår i Den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM, fra den unges 17. til 25. leveår.

**Kilde:** Baseret på oplysninger fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen vedrørende børn med komplekse følger af prænatal rusmiddeleksponering, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.



Samlet set beløber de samlede offentlige udgifter i barnets/den unges 1.-25. leveår forbundet med caseforløb 1 sig til ca. 5,3 mio. kr., mens de samlede offentlige udgifter forbundet med caseforløb 2 i barnets/den unges 1.-25. leveår beløber sig til ca. 6,1 mio. kr.

Når der ses på de samlede offentlige udgifter i barnets/den unges 1.-25. leveår, er der dermed et økonomisk potentiale i at sætte rettidigt ind i forhold til opsporinger og indsatser til målgruppen. Der kan desuden være afledte offentlige udgifter efter det 25. leveår, der kan yderligere opveje de direkte offentlige udgifter forbundet med caseforløb 1.

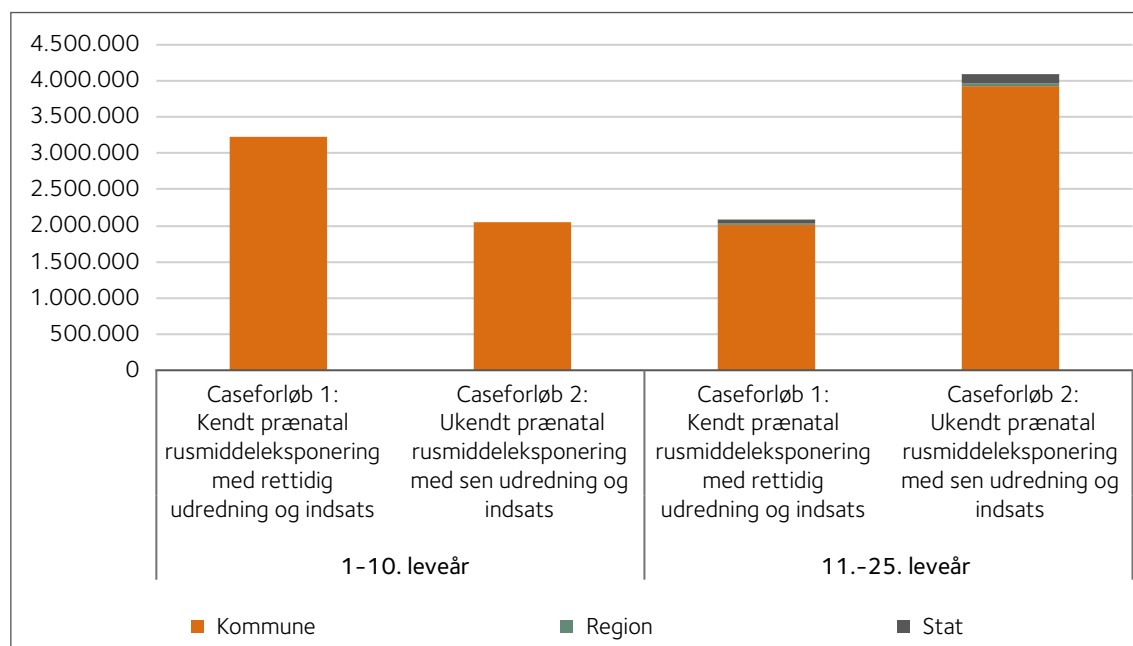
Stort set alle de offentlige udgifter i begge forløb (hhv. 98 pct. i caseforløb 1 og 97 pct. i caseforløb 2) afholdes af kommunen, jf. figur 10.

Kommunernes samlede udgifter forbundet med forløb 1 beløber sig til ca. 5,2 mio. kr., mens kommunernes udgifter forbundet med forløb 2 beløber sig til ca. 5,9 mio. kr. Udgifterne for kommunen forbundet med forløb 1 er dermed ca. 700.000 kr. lavere ved forløb 1 end forløb 2.

Et barn i forløb 1 har lavere afledte offentlige udgifter forbundet med sociale foranstaltninger til børn under 18 år og grundskole, jf. figur 11.

De afledte offentlige udgifter forbundet med sociale foranstaltninger til børn under 18 år er ca. 379.000 kr. for et barn i forløb 1 og ca. 583.000 kr. for en ung i forløb 2. De afledte offentlige udgifter forbundet med sociale foranstaltninger til børn og unge under 18 år er dermed cirka halvanden gang højere i forløb 2 sammenlignet med i forløb 1.

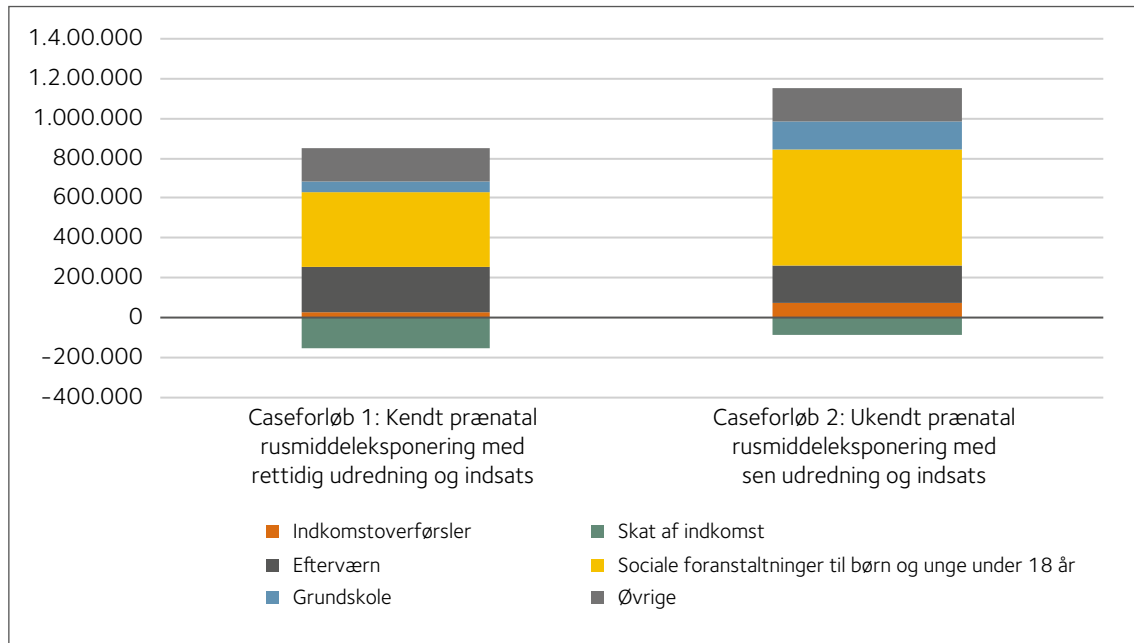
**Figur 10:** Offentlige udgifter forbundet med forskellige caseforløb for børn og unge med prænatal rusmiddeleksponering fordelt på aktører  
Kr., 2021-priser, nutidsværdi i første leveår



**Anm.:** Egne beregninger på baggrund af input om de forskellige caseforløb fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Barnets 1. leveår angiver det kalenderår, hvor barnet er født. Der er medregnet direkte offentlige udgifter forbundet med de specificerede caseforløb på dagtilbuds-, undervisnings- og socialområde i barnets 1.-16. leveår, mens der er medregnet afledte offentlige udgifter, der potentielt følger af de specificerede caseforløb for de offentlige ydelser og aktiviteter, der indgår i Den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM, fra den unges 17. til 25. leveår.

**Kilde:** Baseret på oplysninger fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen vedrørende børn med komplekse følger af prænatal rusmiddeleksponering, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

**Figur 11:** Afledte offentlige udgifter, der potentielt er forbundet med forskellige caseforløb for børn og unge med prænatal rusmiddeleksponering fordelt på overordnede velfærdsområder  
Kr., 2021-priser, nutidsværdi i første leveår



**Anm.:** Egne beregninger på baggrund af input om de forskellige caseforløb fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. Barnets 1. leveår angiver det kalenderår, hvor barnet er født. Der er medregnet afledte offentlige udgifter, der potentielt følger af de specificerede caseforløb for de offentlige ydelser og aktiviteter, der indgår i Den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM, fra den unges 17. til 25. leveår.

**Kilde:** Baseret på oplysninger fra arbejdsgruppen bag forløbsbeskrivelsen vedrørende børn med komplekse følger af prænatal rusmiddeleksponering, socialfaglige medarbejdere i Socialstyrelsen samt registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

De afledte offentlige udgifter forbundet med grundskole er ca. 50.000 kr. for forløb 1 og ca. 143.000 kr. for forløb 2. De afledte offentlige udgifter forbundet med grundskole er dermed næsten tre gang højere for en ung i forløb 2 sammenlignet med en ung i forløb 1.

Der er også væsentligt højere afledte offentlige udgifter forbundet med indkomstoverførsler, politi, retsvæsen og kriminalforsorg for forløb 2, sammenlignet med de samme udgifter der er forbundet med forløb 1. Ligesom unge i forløb 1 har højere indbetalinger af skat af indkomst sammenlignet med unge i forløb 2.

Omvendt, og afgørende for den samlede konklusion, har en ung i forløb 1 højere afledte offentlige udgifter forbundet med ungdomsuddannelse sammenlignet med en ung i forløb 2, da flere unge i forløb 1 forventes at påbegynde en ungdomsuddannelse. Dette kan dog på sigt betyde større beskæftigelsestilknytning, hvilke kan medføre lavere forbrug af indkomstoverførsler og højere indbetalinger af skat af indkomsten. Desuden er

de afledte udgifter forbundet med efterværn, højere for forløb 1 sammenlignet med forløb 2.

Det er væsentligt at pointere, at resultaterne i den økonomiske forløbsanalyse bygger på en række antagelser og forudsætninger om de direkte indsatser og ydelser, der ydes i de definerede forløb, og de afledte offentlige udgifter, der følger af de forskellige typer af forløb. Hvis disse antagelser ændres, vil resultatet også ændres.

Der er desuden kun medregnet afledte offentlige udgifter i den unges 17.-25. leveår, hvorfor der kan være afledte offentlige udgifter i årene efter den unges 25. leveår, der dog ikke er medregnet i denne økonomiske forløbsanalyse, da der endnu ikke foreligger viden om disse potentielle afledte offentlige udgifter. Desuden kan der være afledte offentlige udgifter forbundet med andre typer af offentlige ydelser og aktivitet end de, der fremgår af denne analyse.

Blandt andet viser svensk forskning, at voksne med fødtalt alkoholsyndrom (FAS) også længere ind i livet end det 25. leveår i højere grad gør brug af offentlige indkomstoverførsler, sociale indsatser og sundhedsvæsen sammenlignet med en sammenlignelig kontrolgruppe i befolkningen (103).

Denne økonomiske forløbsanalyse er budgetøkonomisk, hvorfor den ikke medtager værdien af forbedret livskvalitet og trivsel. Resultatet af den økonomiske forløbsanalyse skal derfor ses i relation til den personlige effekt koordineret rusmiddel- og familiebehandling har for de udsatte gravide kvinder med rusmiddelforbrug og deres børn, der modtager et sådan forløb.

# 6. ANVENDELSE AF OG OPFØLGNING PÅ FORLØBSBESKRIVELSE



For at forløbsbeskrivelsen får en positiv effekt på den samlede indsats over for børn med komplekse funktionsnedsættelser som følge af prænatal eksponering for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin, er det afgørende, at den følges op med en aktiv og systematisk implementering.

Den maksimale anvendelsesgrad opnås ved implementering på både nationalt og lokalt niveau. Det nationale niveau varetages af Socialstyrelsen, som vil have fokus på at formidle kendskabet til forløbsbeskrivelsens anbefalinger og indhold, dels gennem målrettede artikler i relevante fagblade, oplæg og deltagelse på udvalgte målgrupperelevante konferencer, temadage og netværksmøder m.m. På det lokale niveau må kommunerne have fokus på at konkretisere og omsætte forløbsbeskrivelsen i lokal praksis.

Den enkelte kommune har ansvar for at inddrage højt specialiserede tilbud og vidensmiljøer med henblik på at kunne sammensætte helhedsorienterede og sammenhængende forløb på tværs af fagligheder, specialiseringsniveauer og organisatoriske skel. Der kan i den forbindelse være behov for tværkommunalt samarbejde. Det forventes ikke, at hver enkelt kommune råder over højt specialiserede tilbud og vidensmiljøer til målgruppen.

Socialstyrelsen anbefaler, at kommunerne tager afsæt i forløbsbeskrivelsens anbefalinger og anvender dem i tilrettelæggelsen af indsatser til børn med komplekse funktionsnedsættelser som følge af prænatal eksponering for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin.

## 6.1 Implementering af forløbsbeskrivelsen

Forløbsbeskrivelsen forudsætter, at den anvendes i et tværkommunalt og -sektorielt samarbejde, med henblik på at imødekomme målgruppens behov. For at kunne opretholde en tilbudsstruktur, der kan levere indsatser på et højt specialiseret niveau, anbefales det, at kommuner, sygehuse og relevante fagfolk samarbejder om at anvende forløbsbeskrivelsen, f.eks. når et barn i målgruppen mødes og interagerer med fagprofessionelle på tværs af sektorer og ressortområder.

Anvendelsen af forløbsbeskrivelsen tværkommunalt og tværsektorielt kan ske via strategiske alliancer, samarbejdsaftaler og organisatoriske strukturer, som understøtter samarbejdet på tværs af kommuner, regioner og stat. Herunder de regionale ramme- og sundhedsaftaler samt lokale aftaler om koordineringsprocedurer, videndelings- og kommunikationssystemer.

## 6.2 Opfølgning på forløbsbeskrivelsens anvendelse

Socialstyrelsen følger op på kendskabet til og anvendelsen af forløbsbeskrivelsen 6 – 12 måneder efter udgivelsen ved hjælp af en spørgeskemaundersøgelse, der sendes ud til relevante forvaltninger i kommunalt og evt. regionalt regi. Opfølgningen kan bidrage til at styrke brugen af forløbsbeskrivelsen på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde og understøtte fortsat praksisudvikling til gavn for børn med komplekse funktionsnedsættelser som følge af prænatal eksponering for rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin. Forløbsbeskrivelsen revideres senest ved udgangen af 2025.

# 7. REFERENCER



1. Broccia, M., et al. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Danish Paediatric Society. 2019.
2. Retningslinjer. paediatrici.dk. [Online] 2021. paediatrici.dk. [Citeret: 04. 03 2022.]
3. Sundhedsstyrelsen. Alkohol. [Online] 2019. sst.dk. [Citeret 19.12 2021.]
4. Popova, S., et al. Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2016, 5;387(10022):978-987.
5. Koponen, A.M., et al. Cohort profile: ADEF Helsinki - a longitudinal register-based study on exposure to alcohol and drugs during foetal life. *Nordisk Alkohol Nark*. 2020, (1):32-42.
6. Koponen, A.M., et al. Prenatal substance exposure, adverse childhood experiences and diagnosed mental and behavioral disorders - A longitudinal register-based matched cohort study in Finland. *SSM Popul Health*. 2020, 11:1-12.
7. Sarkola, T., et al. Early healthcare utilization and welfare interventions among children of mothers with alcohol and substance abuse: a retrospective cohort study. *Acta Paediatrica*. 2011, 10:1379-1385.
8. Løhaugen, G. og Skranes, J. Medfødt alkoholskade- klinisk bilde, utredning, forekomst og diagnostikk. *Korus-sor.no*. [Online] 2017. korus-sor.no. [Citeret 13. 01 2022].
9. Petersen, G.L., Kesmodel, U.S. og Strandberg-Larsen, K. Fosterskadende effekter af alkoholforbrug under graviditeten. Sundhedsstyrelsen, 2015.
10. Tsang, T.W., et. Al. Prenatal Alcohol Exposure, FASD, and Child Behavior: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2016 Mar;137(3):e20152542
11. Khoury, J.E., Jamieson B. og Milligan, K. Risk for childhood internalizing and externalizing behavior problems in the context of prenatal alcohol exposure: a meta-analysis and comprehensive examination of moderators. *Alcohol Clin Exp Res* 2018;42(8):1358-1377.
12. Easey, K.E., et al. Prenatal alcohol exposure and offspring mental health: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*. 2019, 197:344-353
13. Løhaugen, G. og Skranes, J. Følgetilstander hos barn/unge etter eksponering for illegale rusmidler i fosterlivet. *unn.no*. [Online] September 2021. unn.no/Documents. [Citeret 13.01 2022]
14. Calderon-Margalit, R., et al. Risk of preterm delivery and other adverse perinatal outcomes in relation to maternal use of psychotropic medications during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2009, 201(6):579-579.
15. Bellantuono, C., et al. Benzodiazepine exposure in pregnancy and risk of major malformations: a critical overview. *General Hospital Psychiatry*. 2012, (1):3.8.
16. Reis, M. og Källén, B. Combined use of selective serotonin reuptake inhibitors and sedatives/hypnotics during pregnancy: risk of relatively severe congenital malformations or cardiac defects. A register study. *BMJ Open*. 2013, (2):1-5.
17. Kirstein, A., et al. Familieambulatorie-guideline; Håndtering af gravide med risikoforbrug af potentielt vanedannende medicin, alkohol eller andre rusmidler. [Online] <https://static1.squarespace.com>. [Citeret 25. 03 2021].
18. Furuholmen, Kristin Gudnor og Sjøvold, Mette Sund. De mindste barnas stemme. Universitetsforlaget, 2020.

19. Wikner, B. N., et al. Use of benzodiazepines and benzodiazepine receptor agonists during pregnancy: neonatal outcome and congenital malformations. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2007, (11):1203-1240.
20. Sundbakk, L.M., et al. Impact of prenatal exposure to benzodiazepines and z-hypnotics on behavioral problems at 5 years of age: A study from the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *PLoS One*. (6):1-15.
21. Minnes, S, Lang, A og Singer, L. Prenatal tobacco, marijuana, stimulant, and opiate exposure: outcomes and practice implications. *Addiction science & clinical practice*. 2011, Årg. 6,1, 57-70.
22. Beauchamp, K.G., et al. Self-regulation and emotional reactivity in infants with prenatal exposure to opioids and alcohol. *Early Human Development*. 2020, 148:105-119.
23. Fucile, S., Gallant, H. og Patel, A. Developmental Outcomes of Children Born with Neonatal Abstinence Syndrome (NAS): A Scoping Review. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*. 2021, Årg. 41, (1):85-98.
24. Fjørtoft, T., et al. Maternal alcohol and drug use during pregnancy affects the motor behaviour and general movements of infants aged 3-4 months. *Early Human Development*. 2020, 151:105171.
25. Hendricks, G., et al. Prenatal alcohol exposure is associated with early motor, but not language development in a South African cohort. *Acta Neuropsychiatrica*. 2020, (3):145-152.
26. Irner, TB; Teasdale, TW; Olofsson, M. Cognitive and social development in preschool children born to women using substances. *Journal of Addictive Diseases*. 2012; 31(1):29-44
27. Kingdon, D., Cardoso, C. og McGrath, J.J. Research Review: Executive function deficits in fetal alcohol spectrum disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder - a meta-analysis. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2016, 57(2):116-31.
28. Weyrauch, D., et al. Comorbid Mental Disorders in Fetal Alcohol Spectrum Disorders: A Systematic Review. *Journal of developmental and behavioral Pediatrics: JDBP*. 2017, 38(4):283-291.
29. Min, M.O., et al. Self-reported adolescent behavioral adjustment: effects of prenatal cocaine exposure. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2014, 55(2):167-74.
30. Nygaard, E., et al. Cognitive function of youths born to mothers with opioid and poly-substance abuse problems during pregnancy. *Child neuropsychology: a journal on normal and abnormal development in childhood and adolescence*. 2017, 23(2):159-187.
31. Domeij, H., et al. Experiences of living with fetal alcohol spectrum disorders: a systematic review and synthesis of qualitative data. *Developmental medicine and child neurology*. 2018, 60(8):741-752.
32. Social- og indenrigsministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet. *Afrapportering. Arbejdsgruppe om gravide med et forbrug og misbrug af rusmidler*. 2015.
33. COWI. *Evaluering. Kortlægning af området for behandling af gravide med alkohol- og/eller stofproblemer*. Sundhedsstyrelsen, 2019.
34. Rangmar, J. & Sarman, I. *Medfödda alkoholskador hos barn. Om FAS och FASD*. Gothia Kompetens, 2021.
35. Gibbs, A., et al. Foetal alcohol spectrum disorder: Effective helping responses from social workers. *International Social Work*. 2020, 63(4):496-509.



36. Kalberg, W.O. og Buckley, D. Educational planning for children with fetal alcohol syndrome. *Annali Dell'istituto Superiore di Sanita*. 2006, 42(1):58-66.
37. Hertz, Søren. *Børn og unge, psykiatri og samfund*. Akademisk Forlag, 2017.
38. Maribo, T., et al. *Hvidbog om rehabilitering*. Rehabiliteringsforum Danmark, 2022. 1. udgave.
39. Esbjørn, B.H. og Breinholst, S. *Min første bog om CBT med børn - kognitiv adfærdsterapi i børnehøjde*. Akademisk Forlag, København, 2019.
40. Socialstyrelsen. *Guide til en tidlig opsporing af børn i en udsat position - Anvendelse af opsporingsmodellen*. KORA, 2015. Socialstyrelsen.dk
41. Mehlbye, J. og Andersen, J (red.). *Tidlig opsporing af børn i en socialt udsat position - Idékatalog*. KORA, 2012.
42. Arter, S.J., et al. Longitudinal outcomes of children exposed to opioids In-utero: a systematic review. *Journal of Nursing Scholarship*. 2020, Årg. 53, (1):55-64.
43. Sundhedsstyrelsen. *Tidlig indsats for sårbare familier. Afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser*. 2017.
44. Socialstyrelsen. *En forpostordning som støtte til anvendelse af opsporingsmodellen*. KORA og Jill Mehlbye, 2016. socialstyrelsen.dk
45. Olson, H.C. og Montague, R.A. An Innovative Look at Early Intervention for Children Affected by Prenatal Alcohol Exposure. *Prenatal Alcohol Use and Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Diagnosis, Assessment and New Directions in Research and Multimodal Treatment*, 2011. 1:64.
46. Socialstyrelsen. *ADBB – Tidlig opsporing af mistrivsel hos børn i alderen 0-2 år*. [Online] vidensportal.dk [Citeret: 09. 10 2021.]
47. Paley, B. og M., O'Connor. *Intervention for individuals with fetal alcohol spectrum disorders: treatment approaches and case management*. *Developmental Disabilities Research Reviews*. 2009, Årg. 15, (3):258-267.
48. Socialstyrelsen. *Kvalitet i sagsbehandlingen - en håndbog i anvendelse af ICS og udredningsværktøjet*. 2018.
49. Socialstyrelsen. *Tidlig opsporing og reaktion på mistrivsel hos små børn - Seks faglige kernekomponenter*. 2019.
50. Paley, B. og O'Connor, M.J. Behavioral interventions for children and adolescents with fetal alcohol spectrum disorders. 2011;34(1):64-75.
51. Garrison, L., et al. Forty years of assessing neurodevelopmental and behavioral effects of prenatal alcohol exposure infants: what have we learned? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2019; 43(8):1632-1642.
52. Yazdani, P., Motz, M. og Koren, G. Estimating the neurocognitive effects of an early intervention program for children with prenatal alcohol exposure. *Canadian journal of clinical pharmacology*. 2009; 16(3):e453-9.
53. Brandlistuen, RE., et al. Association of prenatal exposure to benzodiazepines and child internalizing problems: A sibling-controlled cohort study. *Reproductive Toxicology*. 2017, Årg. 72:207.
54. Doney, R., et al. Fine motor skills in children with prenatal alcohol exposure or fetal alcohol spectrum disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2014; 35(9):598-609.

55. Nygaard, E., et al. Longitudinal cognitive development of children born to mothers with opioid and polysubstance use. *Pediatric Research*. 2015; 78(3):330–335.
56. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier. 2009.[Online] sst.dk [Citeret 19.10 2021]
57. Socialstyrelsen. Håndbog for det gode anbringelsesforløb i familiepleje. 2019 (2. udgave).
58. Milligan, K., et al. Parenting Interventions for Mothers With Problematic Substance Use: A Systematic Review of Research and Community Practice. *Child Maltreatment*. 2020; 25(3):247–262.
59. Renk, K., et al. The state of evidence-based parenting interventions for parents who are substance-involved. *Pediatric Research*. 2016; 79(1–2):177–183.
60. Hanlon-Dearman, A., et al. A descriptive Study of a Community-Based Home-Visiting Program with Preschool Children Prenatally Exposed to Alcohol. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*. 2017; 14(24):e61–e71.
61. Horton, E. og Murray, C. A quantitative exploratory evaluation of the circle of security-parenting program with mothers in residential substance-abuse treatment. *Infant Mental Health Journal*. 2015, 36 (3):320–336.
62. Woldseth, AW. Samspillsterapi på rusinstitusjon. Tidlig samspillsveiledning styrker foreldrekompentanse hos mødre med rusmisbruk. *Norsk psykologforening*. 53, 2016, Årg. 12, 1012–1017.
63. Martemeo Metoden. Martemeo . [Online] Martemeo Foreningen i Danmark. martemeo.dk [Citeret: 07. 08 2021.]
64. Slade, Arietta et al., *Minding the Baby®: Enhancing parental reflective functioning and infant attachment in an attachment-based, interdisciplinary home*. *Development and Psychopathology*. 2020, 32(1):123–137.
65. Kristensen, I.H., et al. Health visitors' competences before and after implementing the newborn behavioral observations (NBO) system in a community setting: A cluster randomised study. *Public Health Nursing*. 2019; 36, (6):856–862.
66. Nash, et al. Improving executive functioning in children with fetal alcohol spectrum disorders. *Child Neuropsychology*. 2015; 21(2), s. 191–209.
67. Hagan, J.F., et al. Neurobehavioral Disorder Associated With Prenatal Alcohol Exposure Workgroup. *American Academy of Pediatrics*. 2016, 138, (4).
68. Flannigan, K., et al. A systematic review of interventions to improve mental health and substance use outcomes for individuals with prenatal alcohol exposure and fetal alcohol spectrum disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2020; 44(12):2401–2430.
69. Reid, N., et al. Systematic Review of Fetal Alcohol Spectrum Disorder Interventions Across the Life Span. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2015; 39(12):2283–2295.
70. Bertrand, J. Interventions for children with fetal alcohol spectrum disorders (FASDs): overview of findings for five innovative research projects. *Research in developmental disabilities*. 2009; 30(5):986–1006.
71. Andersson, E., et al. Jandu Yani U 'For All Families' Triple P—positive parenting program in remote Australian Aboriginal communities: a study protocol for a community intervention trial. *BMJ Open*. 2019, 1–9.

72. Nash, K., et al. Preliminary Findings that a Targeted Intervention Leads to Altered Brain Function in Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorder. *Brain Sciences*. 2017; 8(1):7.
73. Soh, D., et al. Self-regulation therapy increases frontal gray matter in children with fetal alcohol spectrum disorder: evaluation by voxel-based morphometry. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2015; 9, (108).
74. Inkelis, S. og Thomas, J. Sleep in Infants and Children with Prenatal Alcohol Exposure. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2018; 31(10).
75. Catterick, M og Curran, L. *Understanding Fetal Alcohol Spectrum Disorder*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2014.
76. Andersen, IV. og Lauritzen, GQ. *Ergoterapi og børn. Udvikling gennem aktivitet*. København: Munksgaard Danmark, 2010.
77. Summe, VR, Baker, RB og Eichel, MM. Safety, Feasibility, and Effectiveness of Weighted Blankets in the Care of Infants With Neonatal Abstinence Syndrome. *Advances in Neonatal Care*. 2020; 20(5):384-391.
78. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af børn og unge med ADHD. 2021. [Online] sst.dk
79. Hvolby, A. og Bilenberg, N. Use of Ball Blanket in attention-deficit/hyperactivity disorder sleeping problems. . *Nord J Psychiatry*. 2011; 65(2)89-94.
80. Young, S., et al. Guidelines for identification and treatment of individuals with attention deficit/hyperactivity disorder and associated fetal alcohol spectrum disorders based upon expert consensus. *BMC Psychiatry*. 2016, 16(1):324.
81. Rangmar, Jenny. *Kunskapsunderlag för pedagoger om barn och elever med medfödda skador av alkohol*. Nationellt kompetenscentrum anhöriga, 2015:5.
82. Thormann, I. & Broccia, M. *Børn med medfødt alkoholskade - Håndbog til omsorgsgivere og professionelle*. Hans Reitzels Forlag, 2019.
83. Rossavik, Ane J. *Tiltak for barn med Føtale Alkohol Spektrum Forstyrrelser*. Medisinsk Fakultet UNIVERSITETET I OSLO, 2018.
84. Pinner, A., et al. Task specific motor training on children with fetal alcohol syndrome. *Journal of the National Society of Allied Health*. 2014, 11(1) 72-82.
85. Lucas, BR., et al. Interventions to improve gross motor performance in children with neurodevelopmental disorders: a meta-analysis. *BMC Pediatr*. 2016; 16(1):193.
86. EVA. *Blebørn også være venner*. eva.dk, 2008. Dagtilbud Børn.
87. O'Connor, MJ., et al. A controlled social skills training for children with fetal alcohol spectrum disorders. *J Consult Clin Psychol*. 2006, 74(4):639-48.
88. Laugeson, EA., et al. Adaptation of the Children's Friendship Training Program for Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Child Fam Behav Ther*. 2007 07/23;29(3):57-69.
89. Keil, V., et al. Impact of a social skills intervention on the hostile attributions of children with prenatal alcohol exposure. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010, 34(2):231-241.
90. Kalberg, W. og Buckley, D. FASD: what types of intervention and rehabilitation are useful? *Neurosci Biobehav Rev*. 2007, 31(2):278-285.

91. Davis, K., Desrocher, M. og Moore, T. Fetal Alcohol Spectrum Disorder: A Review of Neurodevelopmental Findings and Interventions. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 2011, 23(2):143-167.
92. Petrenko, CL. og Alto, ME. Interventions in fetal alcohol spectrum disorders: An international perspective. *Eur J Med Genet*. 2017, 60(1):79-91.
93. Sjö, N.M. og Spellerberg, S. Fra besværlig pøde til KLOGE-metode. 2008. [Online] [www.ninamad-sensjo.dk](http://www.ninamad-sensjo.dk) [citeret 27.04.2022]
94. KL. Sammenhængende ungeindsats - Kommunale eksempler. 2018.
95. Undervisningsministeriet, Børne- og Samarbejde mellem FGU og den kommunale ungeindsats (KUI). [uvm.dk](http://uvm.dk). [Online] 2020. [www.uvm.dk](http://www.uvm.dk) [Citeret: 17. 11 2021.]
96. Undervisningsministeriet, Børne- og Særlig tilrettelagt ungdomsuddannelse. Børne- og Undervisningsministeriet. [Online] 2022. [www.uvm.dk](http://www.uvm.dk) [Citeret: 8. 11 2021.]
97. Socialstyrelsen. Overgangen til voksenlivet for unge med handicap. [Online] 2021. [socialstyrelsen.dk](http://socialstyrelsen.dk) [Citeret: 17. 11 2021.]
98. Socialstyrelsen. Evaluering af koordineret sagsbehandler i indsatser til børn og unge med handicap og deres familier. [Online] 2022. [socialstyrelsen.dk](http://socialstyrelsen.dk) [Citeret: 03. 05 2022.]
99. Bengtsson, T.T. og R.F., Olsen. Kortlægning af viden om kvalitet i sagsbehandlingen på børne- og ungeområdet – Et litteraturstudie af danske publikationer. VIVE, 2021.
100. Ankestyrelsen. Samarbejdet mellem kommuner og forældre til børn med handicap. 2020.
101. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. 2019.
102. Sundhedsstyrelsen. Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer - Familieambulatoriets interventionsmodel. 2010.
103. Rangmar, Jenny, et al. Psychosocial Outcomes of Fetal Alcohol Syndrome in Adulthood. *Pediatrics*. 2015, s. 52-58.
104. KORA. Så meget koster et barn i dagtilbud - Kommunernes enhedsudgifter til dagtilbud 2009-2013. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, 2015.
105. Socialstyrelsen. Den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM, version 3.0. 2022.
106. Social- og Indenrigsministeriet. Socialpolitisk Redegørelse 2020. Social- og Indenrigsministeriet, 2020.

# 8. BILAG



## Bilag 1: Om forløbsbeskrivelser

Formålet med forløbsbeskrivelsen er at formidle aktuelt bedste viden om ... med behov for højt specialiserede indsatser på socialområdet. Hermed bidrager forløbsbeskrivelsen til den fremadrettede udvikling af det mest specialiserede socialområde i forhold til børn med følger af rusmiddeleksponering.

Der tages udgangspunkt i højt specialiserede indsatser og tilbud, der har hjemmel i serviceloven og lov om specialundervisning. Disse indsatser skal ofte koordineres med andre indsatser, der ydes i henhold til anden lovgivning som fx sundhedsloven. Forløbsbeskrivelsen har anbefalende karakter og kan ikke forpligte den enkelte kommune i forhold til visitation og fastsættelse af serviceniveauer eller organisering af opgaven mellem kommuner og regioner. Dette afklares lokalt.

### Samarbejdspartnere og interessenter

Forløbsbeskrivelsen er et af de produkter, som ud springer af Socialstyrelsens varetægelse af den nationale koordinationsstruktur, jf. servicelovens § 13b. Det fremgår af lovgrundlaget, at en forløbsbeskrivelse skal udarbejdes af en faglig arbejdsgruppe, som består af medlemmer fra Socialstyrelsen, Kommunernes Landsforening og med deltagelse fra Undervisningsministeriet, når forløbsbeskrivelsen har betydning for området for den mest specialiserede specialundervisning. Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner kan inddrages, hvis forløbet for borgerne indeholder indsatser, som går på tværs af social- og sundhedsområdet. Arbejdsgruppen har således været med til at afgrænse målgruppen, beskrive et godt forløb og indsatser med afsæt i aktuelt bedste viden samt praktiske erfaringer med målgruppen

Følgende organisationer og bidragsydere har indgået i arbejdsgruppen:

- Neonatologi Udvalget – Jennifer Vikre-Jørgensen
- Socialpædiatrisk Selskab – Lone Marie Ulv Larsen
- Center for Hjerneskade – Ditte Jeppesen
- Læge, ph.d. stud. – Marcella Broccia
- Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker – Tine Lohmann
- Jordemoder Foreningen – Sane Ravnsbæk og Michelle Kolls

- Dansk Psykologforening – Mette Ryvang Hjortshøj
- Dansk Institut for Spædbarnsterapi – Inger Thormann
- Dansk Socialrådgiverforening – Mia Heick
- Familieambulatoriet Hvidovre – Sara Jakobsen
- BBU Københavns kommune – Karina Steinmejer Philips
- Landsamrådet for PPR-chefer
- Børne- og Undervisningsministeriet / Styrelsen for Undervisning og Kvalitet (STUK)
- Sundhedsstyrelsen
- Døgncentret Familieinstitutionen Bethesda og Chr. 9.'s Børnehjem
- Dansk Neuropædiatrisk Selskab
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab
- Dit Rum

Herudover blev der nedsat en referencegruppe med henblik på at inddrage viden og erfaringer fra relevante organisationer, herunder bruger- og interessegrupper. Referencegruppen har fungeret som dialogforum i forhold til arbejdet i arbejdsgruppen og har suppleret med faglige input i udarbejdelsen af forløbsbeskrivelsen. Følgende organisationer/personer har indgået i referencegruppen:

- Danske Regioner – Ann Højer Hoffmann
- FASD foreningen – May Olofsson
- Røde Kors – Pernille Svård
- Mødrehjælpen – Pernille Kristoffersen
- Fri af Misbrug – Anne-Camilla Nielskov
- Aalborg Universitetshospital – Ulrik Schiøler Kesmodel
- NUBU – Nationalt center for forskning i udsathed blandt børn og unge
- Brugernes Akademi
- Plejefamiliernes Landsforening

Forløbsbeskrivelsen er udarbejdet i et tværfagligt samarbejde mellem Socialstyrelsens afdelinger; National koordinations, Tværgående Analyse Metode og Evaluering, Handicap, Børn, Unge og Familier og VISO.

Forløbsbeskrivelsen har inden udgivelsen været til kommentering hos arbejds- og referencegruppen, Børne- og Undervisningsministeriet/STUK, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen. For-

løbsbeskrivelsen er endvidere drøftet i Det Faglige Råd for den nationale koordinationsstruktur. Det Faglige Råd rådgiver Socialstyrelsen i forhold til aktiviteter forbundet med den nationale koordinationsstruktur og består af repræsentanter fra:

- Børne- og Undervisningsministeriet
- Sundhedsministeriet
- Kommunernes Landsforening
- Danske Regioner
- VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Ekspertter på det specialiserede socialområde (udpeget af Socialstyrelsen efter indstilling fra Det Frie Forskningsråd)
- Ekspertter på det specialiserede specialundervisningsområde (udpeget af Socialstyrelsen og Undervisningsministeriet efter indstilling fra Det Frie Forskningsråd)
- Forløbsbeskrivelsen er udarbejdet i perioden januar 2021 – august 2022.

## Bilag 2: Diagnosekoder

Nedenstående oversigt viser hvilke diagnosekoder og registre, der er anvendt til opgørelsen af antallet af børn, der prænatalt har været eksponeret for rusmidler.

Relateret til tabel 2.

Registerafgrænsning og anvendte diagnosekoder for børn med prænatal rusmiddeleksponering

Register	Variable
Landspatientregisteret	<p><i>Diagnosetyper:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktions- og bi-diagnoser</li> </ul> <p><i>Opgørelsetidspunkt:</i> pr. 31 december.</p> <p><i>Diagnosekoder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DP961: Abstinenssymptomer hos nyfødt f.a. moders stofafhængighed (NAS)</li> <li>• DP962: Abstinenser hos nyfødt ved terapeutisk brug af lægemiddel</li> <li>• DQ860 Føtal alkoholsyndrom (FAS)</li> <li>• DP043: Alkoholbrug hos moder med følger for nyfødt</li> <li>• DP044: Stofmisbrug hos moder med følger for nyfødt</li> <li>• DZ071A: Prænatal eksposition for alkohol</li> <li>• DZ071B: Prænatal eksposition for anden psykoaktiv substans</li> <li>• DZ071B1: Prænatal eksposition for opioid</li> <li>• DZ071B1B: Prænatal eksposition for buprenorfin</li> <li>• DZ071B1H: Prænatal eksposition for heroin</li> <li>• DZ071B1M: Prænatal eksposition for metadon</li> <li>• DZ071B1P: Prænatal eksposition for andet opiat</li> <li>• DZ071B2: Prænatal eksposition for cannabis</li> <li>• DZ071B3: Prænatal eksposition for benzodiazepin</li> <li>• DZ071B4: Prænatal eksposition for barbiturat</li> <li>• DZ071B5: Prænatal eksposition for kokain</li> <li>• DZ071B6: Prænatal eksposition for amfetamin</li> <li>• DZ071B7: Prænatal eksposition for anden centralstim/psykoaktiv subst</li> </ul>

**Anm.:** Målgruppen er afgrænset på aktions- eller bidiagnoser tildelt ved kontakt til somatisk og/eller psykiatrisk hospital (LPR\_DIAG, PSYK\_DIAG, UAF\_DIAG, LPR\_ADM, PSYK\_ADM og UAF\_ADM). Der indgår ikke data fra MiniPas, som primært indeholder indberetninger fra privathospitaler, men enkelte mindre, offentlige sygehuse anvender også MiniPas. Personer, der kun har modtaget/registeret diagnosen i speciallægeregi, indgår ikke i målgruppen. Målgruppen afgrænses til at omfatte personer i alderen 0-17 år, og som fremgår af Befolkningsregisteret på opgørelsetidspunktet. Personer, der er afgået ved døden eller flyttet fra Danmark forud for opgørelsetidspunktet, indgår derfor ikke i målgruppen. Målgruppen er opgjort som det kumulative antal. En person indgår i målgruppen fra det år, hvor personen første gang er registreret med en diagnose, der indikerer prænatal eksponering med rusmidler.



## Bilag 3: Familieambulatorierne

Indsatser til rusmiddeleksponerede børn i familieambulatorierne - fordelt på region

Fase	Tiltag	Faglighed	Nord	Midt	Syd	Sj.	Hov.
Opsporing	Familieambulatoriets gravide-afdeling	Jordemor Læge Socialrådgiver	x	x	x	x	x
	Urinscreening efter fødsel	Sygeplejeske	x	x	x		
	Abstinensbehandling		x	x	x	X	X <sup>18</sup>
	Almen praksis Den kommunale sundhedstjeneste Den kommunens familieafdeling Psykiatrien	Læge Sundhedsplejeske Socialrådgiver	x	x	x		
	Plejefamilie Plejefamiliernes Landsforening			x	x		
	Udredning	Lægeundersøgelse	Pædiater	x	x	x	
Ultralydsscanning af hjernen		Pædiater		x	x		
Psykologiske undersøgelser <sup>19</sup>		Psykolog/ Neuropsykolog	x	x	x		
Sensorisk profil ved 3 års alder		Ergo- eller fysioterapeut		x	x		
Indsats	Lægeundersøgelse Henvisning til specialafdelinger <sup>20</sup>	Pædiater	x	x	x		
	Rådgivning i fm. søvnevanskeligheder			x	x		
	Netværksmøder Underretninger Rådgivning og konsultativ bistand <sup>21</sup>	Socialrådgiver <sup>22</sup> Psykolog Pædiater	x	x	x		
	Psykoeducation	Psykolog		x	x		
	Opfølgning	0 – 6/7 år	Pædiater/ Psykolog	x	x	x	
7-18 år		Pædiater/ Psykolog		x			
Tværgående samarbejds-møder		Pædiater/ Psykolog	x	x	x		

18 Region Sjælland og Region Hovedstaden har siden januar 2019 ikke længere børneopfølgning, som del af deres familieambulatorie-indsats. Abstinensbehandling er i regi af neonatal afdelingen.

19 Psykologiske undersøgelser som fx Bayley-III, WIPPSI-IV, ADBB, BRIEF, SSAP, ASQ-SE 2, ABAS

20 Henvisning til specialafdelinger som fx børnelæge, øjenlæge, EEG undersøgelse

21 Till forældre/plejeforældre/socialrådgivere/ PPR/ dagtilbud/sundhedsplejesker/ skoler etc.

22 Region Midt har ikke en socialrådgiver i denne funktion

## Bilag 4: Lovgivning

Lovgivning og forkortelser				
SEL Lov om social service LBK nr 1548 af 01/07/2021	SUL Sundhedsloven LBK nr 903 af 26/08/2019	DTL Dagtilbudsloven LBK nr 1912 af 06/10/2021	FSL Folkeskoleloven LBK nr 1887 af 01/10/2021	STU Lov om ungdomsuddannelse for unge med særlige behov LBK nr 610 af 28/05/2019
SEL § 153: Skærpet underretningspligt				
Den skærpede underretningspligt er en skærpelse af den almindelige underretningspligt, idet der er pligt til at underrette alene på baggrund af en formodning om, at der kan være behov for støtte.				
Forebyggende indsatser				
Udveksling af oplysninger i det tidlige eller forebyggende arbejde mellem fagprofessionelle, myndigheder og institutioner:				
<ul style="list-style-type: none"> <li>SEL § 49 a. stk. 1-4</li> </ul>				
<b>Faglig hjælp og støtte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>SEL § 11 stk. 2: Gratis familieorienteret rådgivning</li> <li>SEL § 11 stk. 3: Konsulentbistand, Netværk- og samtalegrupper, rådgivning om familieplanlægning, samt andre indsatser med forebyggende formål</li> <li>SEL § 11 stk. 7: Gratis rådgivning, undersøgelse og behandling af børn og unge med adfærdsvanskeligheder eller nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne samt deres familier</li> <li>§ 11 stk. 8: Særlig familievejlederordning for familier med børn under 18 år med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne</li> </ul>		<b>Økonomisk hjælp og støtte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>SEL § 11 stk. 4: Økonomisk støtte til udgifter i forbindelse med konsulentbistand eller prævention</li> <li>SEL § 11 stk. 6: Økonomisk støtte til fritidsaktiviteter til børn og unge, med behov for særlig støtte</li> </ul>		
		<b>Forebyggende sundhedsydelse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>SUL § § 120-126: Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge bl.a. sundhedsplejerske</li> <li>SUL § 123: Tværfaglig gruppe, der skal sikre, at udvikling, sundhed og trivsel fremmes hos børn og unge med særlige behov, samt at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab</li> </ul>		
Særlige indsatser i dag- og klubtilbud		Indsatser i dag-, skole- og uddannelsestilbud		
<i>Til børn og unge med behov for støtte</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>DTL § 4, stk. 2: Støtte i dag-, fritids-, eller klubtilbud mv. for understøttelse af udvikling og læring</li> </ul>		<i>Til børn som har behov for specialundervisning eller specialpædagogisk bistand</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>FSL § 4: Specialpædagogisk bistand til børn som endnu ikke er påbegyndt skolegangen</li> <li>FSL § 3, stk. 2: Specialundervisning eller specialpædagogisk bistand til børn, hvis udvikling kræver dette. Henvielse til længerevarende specialundervisning sker gennem PPR og i samråd med eleven og forældre jf. FSL § 12, stk. 2</li> </ul>		
<i>Til børn som har behov for specialundervisning eller specialpædagogisk bistand</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>FSL § 4: Specialpædagogisk bistand til børn som endnu ikke er påbegyndt skolegangen</li> <li>FSL § 3, stk. 2: Specialundervisning eller specialpædagogisk bistand til børn, hvis udvikling kræver dette. Henvielse til længerevarende specialundervisning sker gennem PPR og i samråd med eleven og forældre jf. FSL § 12, stk. 2</li> </ul>		<i>Til unge med udviklingshæmning eller med særlige behov</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>STU § 2: Ungdomsuddannelse til unge udviklingshæmmede eller unge med særlige behov</li> <li>STU § 4: Ungdomsuddannelsen skal tage hensyn til den enkelte unge og udgøre et planlagt og koordineret forløb</li> </ul>		
Hjælpe midler til børn og unge med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne				
SEL § 112: Støtte til hjælpemidler				

Børnefaglig undersøgelse og handleplan	
<b>Børnefaglig undersøgelse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SEL § 50: Børnefaglig undersøgelse</li> <li>• SEL § 51: Børnefaglig undersøgelse, udarbejdet under ophold på institution eller indlæggelse på sygehus</li> </ul>	<b>Handleplan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SEL § 140: Handleplaner som udarbejdes inden der træffes afgørelse om foranstaltninger</li> <li>• SEL § 140 a: Handleplaner der vedr. forældrene eller vedr. unge mellem 16 og 23 år, kan tilbydes at blive erstattet af en helhedsorienteret plan</li> </ul>
Foranstaltningstyper, som kan iværksættes af kommunen og iværksættes efter afdækkede problemer og behov i den børnefaglige undersøgelse	Hjælp til unge mellem 18 og 22 år
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SEL § 52 stk. 3 nr. 1: Ophold i dagtilbud, fritidshjem, ungdomsklub, uddannelsessted el. lign.</li> <li>• SEL § 52 stk. 3 nr. 2: Praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet</li> <li>• SEL § 52 stk. 3 nr. 3: Familiebehandling eller behandling af barnets eller den unges problemer</li> <li>• SEL § 52 stk. 3 nr. 4: Døgnophold for både forældremyndighedsindehaver, barnet eller den unge og andre familiemedlemmer</li> <li>• SEL § 52 stk. 3 nr. 5: Afastningsordning</li> <li>• SEL § 52 stk. 3 nr. 6: Kontaktpersonsordning for barnet den unge eller hele familien</li> <li>• SEL § 52 stk. 3 nr. 7: Anbringelse af barnet eller den unge på anbringelsessted</li> <li>• SEL § 52 stk. 3 nr. 8: Praktiktilbud til den unge, samt betaling af godtgørelse til den unge</li> <li>• SEL § 52 stk. 3 nr. 9: Anden hjælp med formålet at yde rådgivning, behandling og praktisk og pædagogisk støtte</li> <li>• SEL § 52 a: Økonomisk støtte til forældremyndighedsindehaver til 1) Udgifter i forbindelse med foranstaltninger efter § 52, stk. 3, 2) Udgifter der bevirker at anbringelse kan undgås eller hjemgivelse fremskyndes, eller 3) Udgifter der bidrager til stabil kontakt mellem forældre og barn under barnets anbringelse</li> <li>• SEL § 58: Anbringelse af børn eller unge uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver og den unge der er fyldt 15 år</li> <li>• SEL § 66 : Anbringelse i plejefamilie</li> </ul>	<b>Hjælp som anses at være af væsentlig betydning af hensyn til den unges behov for støtte, med den unges accept</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SEL § 76 stk. 2: Kontaktperson.</li> </ul>
	<b>Til unge med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SEL § 76 a: Hjælp til unge i alderen 18 til 22 år, som bidrager til god overgang til voksenlivet (videreført anbringelse)</li> </ul>
	<b>Til unge med betydeligt og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller indbringende kronisk eller langvarig lidelse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SEL § 19 a: Efter den unge fylder 16 år, påbegyndes forberedelsen af overgangen til voksenlivet. Forberedelsen skal være tværgående og helhedsorienteret og foregå i dialog med den unge og dennes forældre</li> </ul>
	<b>Efterværn og hjælp til unge, som frem til det 18. år har været anbragt på anbringelsessted</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SEL 74, stk. 3 nr. 1: Døgnophold på anbringelsessted opretholdes (Efterværn)</li> <li>• SEL § 76 stk. 3 nr. 2: Fast kontaktperson for den unge</li> <li>• SEL § 76 stk. 3 nr. 3: Udslusningsordning i det hidtidige anbringelsessted</li> <li>• SEL § 76 stk. 3 nr. 4: Andre former for støtte som skal bidrage til god overgang til en selvstændig tilværelse for den unge</li> </ul>

## Bilag 5: Spørgeskema til afdækning af søvnmønster

Spørgeskemaet er frit oversat til dansk fra Maria Catterick og Liam Curran's bog "Understanding Fetal Alcohol Spectrum Disorder" (73)

Søvnvaner (Sæt X)	Ja, det gør vi allerede	Ja, vi tror, dette ville hjælpe	Ikke lige nu/det kommer ikke til at fungere
Dit barn har en fast rutine for vækning og sengetid, også i week-ender (en afvigelse på højst en time).			
Dit barn får sollys (eller en anden form for klart lys) i løbet af dagen.			
Der er en balance mellem aktivitet og hvile i løbet af barnets dag.			
Dit barn tager korte middagslure kun tidligt på eftermiddagen.			
Dit barn laver som hovedregel kun rolige aktiviteter den sidste time før sengetid.			
Dit barn spiser/drikker kun lette, sunde madvarer/drikke før sengetid. Dit barn spiser ikke i løbet af natten.			
Der er sat en begrænsning på dit barns tv- og computertid.			
Du har regelmæssige rutiner med dit barn ved sengetid, herunder oplæsning.			
Du kender tegnene på, hvornår dit barn er træt.			
Du lægger dit barn i seng, når det er søvnigt, men stadig vågent, samme sted, hvor det sover hele natten.			
Dit barn er i seng kl. 19, 20 eller 21, alt efter dets alder og behov.			

## Bilag 6: Test og spørgeskemaer til udredning

I nedenstående liste beskrives en række tests, som vurderes at være relevante i forhold til udredning af de vanskeligheder og/eller funktionsnedsættelser som børn, med prænatal eksponering for rusmidler, kan have. Listen må ikke ses som en udtømmende liste over mulige tests, men som inspiration til, hvilke test, der kan være relevante. Valget af tests vil altid bero på et fagligt vurdering i det konkrete tilfælde.

Udredning af	Test	Spørgeskemaer
Spæd- og småbarn	Newborn Behavioral Observations (NBO) Døgnklokke <sup>23</sup> Alarms Distress Baby Scale (ADBB) Vineland-II Psykisk Udvikling og Funktion (PUF) Bayley Scales of Infant Development III	
Motoriske færdigheder og sanseintegration	Movement Assessment Battery for Children (M-ABC) Test of Sensory Functions in Infant (TSFI) Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)	Sensory Profile
Kognitive funktioner	Bayley Scales of Infant Development III WPPSI-IV WISC-V WAIS-IV	DPU Vineland-II 5-15 BASC-3 PEP-3
Opmærksomhed	CPT-3 CATA K-CPT TOVA Halstead-Reitan NEPSY-II TEA-Ch Matching Familiar Figures CATA D-KEFS	ADHD-RS
Sprog	CELF-4 TROG-2 Bracken DEP Herluf Schmidt Thomasens sætningsgengivelse NEPSY-II D-KEFS	SVKS

23 Frit oversat fra norsk døgnklokke <https://frambu.no/tema/dognklokke/>

Udredning af	Test	Spørgeskemaer
Visuelle funktioner	TVPS-4 RCFT NEPSY-II D-KEFS WNV	
Hukommelse	TOMAL-2 RCFT TVPS-4 NEPSY-II	
Eksekutive funktioner	D-KEFS NEPSY-II RCFT	BREIF-2 D-REF CEFI BASC-3
Socio-emotinel	SEE ADOS-2 NEPSY-II Roberts2 ABAS	SRS-2 ADI SCQ BYI -2 BASC-3 6 step ToM

## Bilag 7: Fra grundskole til ungdomsuddannelse

### Vejledning i grundskolen om uddannelse og job

I grundskolen gives der vejledning, der skal hjælpe eleverne i processen med at vælge en ungdomsuddannelse og være med til at understøtte, at alle unge gennemfører en ungdomsuddannelse. Vejledningen gives i sammenhæng med folkeskolens obligatoriske emne, "Uddannelse og job" og skal give eleverne en alsidig viden om og forståelse af forskellige uddannelses- og erhvervs muligheder. Vejledningen skal indeholde introduktion til optagelses- og ansøgningsprocessen til ungdomsuddannelserne. Uddannelsesvejledningen varetages primært af kommunale uddannelsesvejledere og suppleres af aktiviteter gennemført af elevernes egne lærere.

### Forberedende Grunduddannelse (FGU)

Den forberedende grunduddannelse er et fleksibelt uddannelses tilbud til unge under 25 år, der ikke har gennemført eller er i gang med en ungdomsuddannelse, og som heller ikke er i beskæftigelse. Hvis den unge ikke har mulighed for at gennemføre en ordinær ungdomsuddannelse, kan det være relevant at tilbyde en FGU, med henblik på, at den unge kan udvikle sig fagligt, personligt og socialt og blive i stand til at gennemføre en ungdomsuddannelse eller komme i beskæftigelse.

### Ungdomsuddannelse

For gruppen af unge med komplekse funktionsnedsættelser som følge af prænatal eksponering for rusmidler er udgangspunktet for videre uddannelse efter grundskolen, at den unge kan deltage på en ordinær kompetencegivende ungdomsuddannelse. Uddannelsesinstitutionerne er forpligtede til at være opmærksomme på mulighederne for at yde specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand.

### Specialpædagogisk støtte på ungdomsuddannelser (SPS)

Alt efter hvilken funktionsnedsættelse en uddannelsessøgende eventuelt har, er der mulighed for forskellige former for specialpædagogisk støtte (SPS). En uddannelsessøgende med lægelig dokumenterede psykiske vanskeligheder kan fx få hjælp til at skabe overblik over uddannelsen og hjælp til at strukturere studiearbejdet.

Elever, der tager en FGU kan på samme vilkår som unge på ungdomsuddannelser modtage SPS. Støttetimer med henblik på kompensation for funktionsnedsættelse kan dog kun søges til elever, som er i virksomhedspraktik som led i et erhvervsgrunduddannelsesforløb i FGU. De øvrige FGU-elever er omfattet af det inkluderende læringsmiljø på institutionen. På alle institutioner med ungdomsuddannelser er der en SPS-ansvarlig, der kan vejlede om mulighederne for specialpædagogisk støtte.

### Ungdomsuddannelse for unge med særlige behov (STU)

Unge under 25, der ikke kan gennemføre en anden ungdomsuddannelse, har ret til at få tilbudt en ungdomsuddannelse for unge med særlige behov (STU). En STU er et 3-årigt individuelt tilrettelagt uddannelsesforløb. STU er ikke kompetencegivende til videre uddannelse eller erhverv. Den har til formål, at unge med fx udviklingshæmning eller særlige behov opnår personlige, sociale og faglige kompetencer til en så selvstændig og aktiv deltagelse i voksenlivet som muligt og eventuelt til videre uddannelse og beskæftigelse.

## Bilag 8: Beregninger bag den økonomiske forløbsanalyse

### Direkte offentlige udgifter forbundet med specificerede caseforløb

Direkte offentlige udgifter forbundet med specificerede caseforløb i denne økonomiske forløbsanalyse omfatter de direkte udgifter, der er forbundet med relevante indsatser på social-, dagtilbuds- og undervisningsområdet i forskellige forløb for børn og unge med prænatal rusmiddeleksponering i barnets/den unges 1.-16. leveår. Nedenfor beskrives, hvordan de offentlige udgifter, der er forbundet med de specificerede caseforløb, er opgjort.

### Caseforløb 1: Børn og unge med kendt prænatal rusmiddeleksponering samt rettidig udredning og indsats

Offentlige udgifter forbundet med almen dagpleje og vuggestue antages af svarer til den gennemsnitlige pris forbundet med almen dagpleje og vuggestue. Offentlige udgifter forbundet med specialbørnehave antages at svarer til den gennemsnitlige pris forbundet med særlige dagtilbud og særlige klubber, jf. Lov om social

service §§ 32 og 36. Offentlige udgifter forbundet med specialundervisning i specialklasse samt specialundervisning inkluderet i almenklasse antages at svarer til den gennemsnitlige pris forbundet med specialundervisning i specialklasse og specialundervisning inkluderet i almenklasse.

Offentlige udgifter forbundet med praktisk og pædagogisk støtte i hjemmet antages at svarer til den gennemsnitlige pris forbundet med praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet, jf. Lov om social service § 52, stk. 3, nr. 2, mens offentlige udgifter forbundet med en fast kontaktperson antages at svarer til den gennemsnitlige pris forbundet med en fast kontaktperson for barnet/den unge eller hele familien, jf. Lov om social service § 52 stk. 3 nr. 6. Det antages desuden at offentlige udgifter forbundet med aflastningsordning svarer til den gennemsnitlige pris forbundet med Aflastningsordning, jf. Lov om social service § 52 stk. 3 nr. 5, mens offentlige udgifter forbundet med familiebehandling/behandling af barnets/den unges problemer svarer til den gennemsnitlige pris forbundet med 3-6 måneders familiebehandling, jf. Lov om social service § 52, stk. 3, nr. 3.

**Table B5.3.1.1.** Anvendte forudsætninger og antagelser i opgørelsen af offentlige udgifterne forbundet med *Caseforløb 1: Børn og unge med kendt prænatal rusmiddeleksponering samt rettidig udredning og indsats*

År	Enhed	Periode i barnets liv	Pris pr. enhed (Kr., 2021-priser)	Kilde til enhedsudgift
Almen dagpleje/vuggestue	År	Hele året i 2.-3. leveår	140.506	(104 s. 8)
Særlige dagtilbud og særlige klubber, jf. Lov om social service §§ 32 og 36	År	Hele året i 4.-6. leveår	449.839	(104)
Specialundervisning i specialklasse/inkluderet i almen klasse	Uge	40 uger pr. år i 7.-16. leveår	4.575*	(105)
Familiebehandling/Behandling af barnets eller den unges problemer jf. Lov om social service § 52, stk. 3, nr. 3	År	3-6 mdr. i alt i 1.-10. leveår 3-6 mdr. i alt i 11.-16. leveår	132.086	(106 s. 264)
Praktisk, pædagogisk og andet støtte i hjemmet, jf. Lov om social service § 52, stk. 3, nr. 2	År	Hele året i 1.-3. leveår	111.765	(106 s. 264)
Aflastningsordning, jf. Lov om social service § 52, stk. 3, nr. 5	År	12 weekender og 1 uge i 3.-16. leveår	302.782	(106 s. 264)
Fast kontaktperson for den unge eller hele familien, jf. Lov om social service § 52, stk. 3, nr. 6	År	Hele året i 4.-16. leveår	98.557	(106 s. 264)

**Anm.:** \*Pris pr. enhed er opgjort som et simpelt gennemsnit af specialundervisning i specialklasse og specialundervisning inkluderet i almen klasse.



Tabel B viser et overblik over mængder og priser, der er anvendt i opgørelsen af offentlige udgifter forbundet med *Caseforløb 1: Børn og unge med kendt prænatal rusmiddeleksponering samt rettidig udredning og indsats*.

### Caseforløb 2: Børn og unge med ukendt prænatal rusmiddeleksponering samt sen udredning og indsats

Offentlige udgifter forbundet med almen dagpleje antages at svare til den gennemsnitlige pris forbundet med almen dagpleje og vuggestue. Offentlige udgifter forbundet med almen børnehave antages at svare til den gennemsnitlige pris forbundet med almene børnehaver. Offentlige udgifter forbundet med almen undervisning i almen klasse, antages at svare til den gennemsnitlige pris forbundet med almen undervisning i almen klasse, mens specialundervisning i specialklasse samt specialundervisning inkluderet i almenklasse antages at svare til den gennemsnitlige pris forbundet med specialundervisning i specialklasse og specialundervisning inkluderet i almen klasse.

Offentlige udgifter med en fast kontaktperson antages at svare til den gennemsnitlige pris forbundet med en fast kontaktperson for barnet/den unge eller hele familien, jf. Lov om social service § 52 stk. 3 nr. 6, mens offentlige udgifter forbundet med aflastningsordning svarer til den gennemsnitlige pris forbundet med Aflastningsordning, jf. Lov om social service § 52 stk. 3 nr. 5. Offentlige udgifter ved anbringelse i familiepleje antages at svare til den gennemsnitlige pris forbundet med Familiepleje, jf. Lov om social service § 66 stk. 1 nr. 1, mens offentlige udgifter forbundet med familiebehandling/behandling af barnets/den unges problemer svarer til den gennemsnitlige pris forbundet med 3-6 måneders familiebehandling, jf. Lov om social service § 52, stk. 3, nr. 3.

Tabel B viser et overblik over mængder og priser, der er anvendt i opgørelsen af offentlige udgifter forbundet med *Caseforløb 2: Børn og unge med ukendt prænatal rusmiddeleksponering samt sen udredning og indsats*.

**Table B5.3.1.2.** Anvendte forudsætninger og antagelser i opgørelsen af offentlige udgifterne forbundet med *Caseforløb 2: Børn og unge med ukendt prænatal rusmiddeleksponering samt sen udredning og indsats*

År	Enhed	Periode i barnets liv	Pris pr. enhed (Kr., 2021-priser)	Kilde til enhedsudgift
Almen dagpleje/vuggestue	År	1 år i 2. og 2 år i 3. leveår	140.506	(104 s. 8)
Almen børnehave	År	Hele året i 4.-6. leveår	78.127	(104 s. 8)
Støttepædagog	Måned	8 timer ugentligt i 4.-10. leveår	34.636	( <a href="https://bupl.dk/sites/default/files/2022-04/L%C3%B8nstatistik%202021.pdf">https://bupl.dk/sites/default/files/2022-04/L%C3%B8nstatistik%202021.pdf</a> s. 3)
Almen undervisning i almen klasse	Uger	40 uger pr. år i 7.-10. leveår	1.446	(105)
Specialundervisning i specialklasse/inkluderet i almen klasse	Uge	40 uger pr. år i 11.-16. leveår	4.575*	(105)
Fast kontaktperson for den unge eller hele familien, jf. Lov om social service § 52, stk. 3, nr. 6	År	Hele året i 4.-10. leveår	98.557	(106 s. 264)
Aflastningsordning, jf. Lov om social service § 52, stk. 3, nr. 5	År	24 weekender og 2 uger i 5.-10. leveår	302.782	(106 s. 264)
Anbringelse i plejefamilie, jf. Lov om social service § 66, stk. 1, nr. 1	År	Hele året i 11.-16. leveår	484.655	(106 s. 264)
Familiebehandling/Behandling af barnets eller den unges problemer jf. Lov om social service § 52, stk. 3, nr. 3	År	3-6 mdr. i alt i årene 11.-16. leveår	132.086	(106 s. 264)

**Ann.:** \*Pris pr. enhed er opgjort som et simpelt gennemsnit af specialundervisning i specialklasse og specialundervisning inkluderet i almen klasse.

### Afledte offentlige udgifter, der forventes at følge af de specificerede caseforløb

De afledte offentlige udgifter omfatter i denne økonomiske forløbsanalyse de indirekte ændringer i forbruget af offentlige ydelser og aktiviteter, der forventes at følger af effekten af forskellige typer af forløb for børn og unge med prænatal rusmiddeleksponering fra den unges 17.-25. leveår.

De afledte offentlige udgifter er beregnet i de nationale register ud fra en målgruppe, der ligner målgruppen for forløbsbeskrivelsen, og et succesmål, der ligner succesmålet for det optimale forløb for målgruppen. Tabel B viser, hvordan målgruppen og succesmålet er blevet afgrænset.

En central antagelse i den økonomiske forløbsanalyse er at det optimale forløb (caseforløb 1) forventes at medfører at barnet gennemfører folkeskolens afgangseksamen. Omvendt forventes forløbet, der ønskes undgået (caseforløb 2) at medføre, at den barnet ikke gennemfører folkeskolens afgangsprøve.

Det er væsentligt at pointere, at der ikke er viden om, hvorvidt det optimale forløb medfører at barnet gennemfører folkeskolens afgangsprøve, men at det er det bedste bud på et relevant succesmål forbundet med et godt forløb for et barn i målgruppen.

Hvorvidt barnet gennemfører folkeskolens adgangsprøve har betydning for det fremadrettede forbrug af offentlige ydelser og aktiviteter, som følges for den unge fra den unges 17. til 25. leveår.

**Tabel B5.2.** Afgrænsning og definition af registerafgrænset målgruppe og succesmål til at belyse afledte offentlige udgifter, der forventes at følge af de specificerede caseforløb for børn og unge med prænatal rusmiddeleksponering

Parameter	Register	Registermæssig afgrænsning	Periode for registermæssig afgrænsning
Målgruppe*	Landspatientregisteret	<p><i>Diagnosetyper:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktions- og bi-diagnoser</li> </ul> <p><i>Diagnosekoder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DP961: Abstinenssymptomer hos nyfødt forårsaget af prænatal eksponering af afhængighedsskabende stoffer</li> <li>• DP962: Abstinenser hos nyfødt ved terapeutisk brug af lægemiddel</li> <li>• DQ860: Føtalt alkoholsyndrom</li> <li>• DP043: Alkoholbrug hos moder med følger for nyfødt</li> <li>• DP044: Stofmisbrug hos moder med følger for nyfødt</li> <li>• DZ071A: Prænatal eksposition for alkohol</li> <li>• DZ071B*: Prænatal eksposition for anden psykoaktiv substans (ekskl. DZ071B: Prænatal eksposition for nikotin)</li> </ul>	1994-2018
Succesmål	Register for grundskolekarakterer	<p><i>Aflagt prøve i alle obligatorisk prøver i folkeskolens afgangseksempel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dansk (en mundtlig samt en skriftlig bestående af et antal delprøver)</li> <li>• Matematik (en skriftlig bestående af et antal delprøver)</li> <li>• Engelsk</li> <li>• Fællesprøve i fysik/kemi, biologi og geografi (tidligere Fysik/kemi)</li> <li>• Udtræksfag inden for fagblokken humanistiske fag</li> <li>• Udtræksfag inden for fagblokken naturvidenskabelige fag</li> </ul> <p><i>Karaktergennemsnit:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Min. 2,0 i de bundne prøvefag og prøvefag til udtræk</li> </ul>	2008-2018

**Anm.:** Målgruppen er desuden afgrænset til kun at omfatte personer født fra og med 1994, da Landspatientregisteret først er begyndt at anvende ICD-10-klassifikation fra 1994 og frem.

Der medregnes afledte offentlige udgifter inden for følgende overordnede velfærdsområder:

- Grundskole
- Ungdomsuddannelse
- Beskæftigelsesindsatser
- Indkomstoverførsler
- Skat af indkomst
- Sociale foranstaltninger til børn og unge under 18 år
- Efterværn
- Sociale serviceydelser for voksne over 17 år (fra 18. leveår)
- Poliiti, retsvæsen og kriminalforsorg
- Sundhedsydelser

Til opgørelse af de offentlige udgifter er der gjort brug af de definitioner der er for offentlige ydelser og aktiviteter i SØM samt enhedspriser forbundet med de enkelte offentlige ydelser og aktiviteter, der fremgår af SØMs vidensdatabase. For nærmere specifikation af de enkelte offentlige ydelser og aktiviteter samt deres respektive enhedspriser se SØM, version 3.0.



# Socialstyrelsen

Socialstyrelsen  
Edisonsvej 1  
5000 Odense C  
Tlf.: 72 42 37 00  
E-mail: [info@socialstyrelsen.dk](mailto:info@socialstyrelsen.dk)

September 2022



# Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark

2018

Godkendt af Det Administrative kontaktforum  
25. januar 2018 (administrativt opdateret juni 2020)

Region Syddanmark og de 22 kommuner



# Region Syddanmark



# Indhold

<b>1. Indledning</b>	<b>4</b>
<b>2. Formål og ramme</b>	<b>5</b>
<b>3. Målgruppen for Familieambulatoriet Plus</b>	<b>6</b>
<b>4. Aktører</b>	<b>7</b>
<b>5. Opsporing og henvisning af gravide med et skadeligt forbrug af alkohol og andre rusmidler</b>	<b>8</b>
<b>6. Opgaver og ansvarsfordeling</b>	<b>9</b>
Før graviditet	9
Under graviditet	9
Indsatser ved fødslen og tiden efter fødslen	12
Opfølgende undersøgelser af barnet	12
<b>7. Lovgivning på området</b>	<b>14</b>
Patientens retsstilling	14
Samtykke ved behandling af mindreårige børn	14
Underretningspligt	15
<b>8. Kontaktoplysninger</b>	<b>16</b>
<b>9. Monitorering og opfølgning</b>	<b>17</b>
<b>BILAG</b>	<b>18</b>
<b>BILAG 1</b>   Inklusions- og opfølgningskriterier	18
<b>BILAG 2</b>   Anmodning om oplysninger samt aftaler i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset	22
<b>BILAG 3</b>   Oversigt over gældende lovgivning på området	23
<b>BILAG 4.0</b>   Samtykkeerklæring til netværksmøder	29
<b>BILAG 4.1</b>   Samtykkeerklæring til børneopfølgning	30
<b>BILAG 4.2</b>   Samtykkeerklæring til familieambulatoriet – graviditet	31
<b>BILAG 4.3</b>   Bilag til samtykkeerklæring – information om forældremyndighed og bopæl	32
<b>BILAG 5</b>   Telefonbog for samarbejdet omkring Familieambulatorierne	33
<b>BILAG 6</b>   Arbejdsgruppens medlemmer	36
<b>BILAG 7</b>   Høringsparter	37

# 1. Indledning

---

## Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark

Samarbejdsaftale mellem Familieambulatoriet Plus, almen praksis og kommuner i Region Syddanmark er udarbejdet for at sikre den bedst mulige sammenhængende, koordinerede og tværsektorielle indsats af høj kvalitet overfor gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler, og børn indtil skolealderen, der i fostertilstanden har været eksponeret for afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler.

Denne aftale erstatter den tidligere samarbejdsaftale fra august 2012 *"Samarbejdsaftale mellem kommuner, almen praksis og Familieambulatoriet i Region Syddanmark omkring gravide med risikoforbrug af alkohol, rusmidler og/eller vanedannende medicin"*.

Aftalen er en underaftale tilknyttet Sundhedsaftalen 2015-2018.

Samarbejdsaftalen er udarbejdet af en arbejdsgruppe under Følgegruppen for Behandling og Pleje. Se oversigt over arbejdsgruppens medlemmer i bilag 6.

Aftalen har været i høring i perioden oktober – november 2017 ved kommuner, PLO og sygehuse (somatik og psykiatri) i Region Syddanmark, og aftalen er tilrettet i henhold til de indkomne kommentarer.

Samarbejdsaftalen er godkendt i Det Administrative Kontaktforum den 25. januar 2018.





## 2. Formål og ramme

---

### Formål med samarbejdsaftalen

Formålet med aftalen er at sikre en sammenhængende, koordineret og tværsektoriel indsats af høj kvalitet overfor gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler, og børn, der i fostertilstanden har været eksponeret for afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler.

Samarbejdet om denne målgruppe skal forebygge rusmiddelrelaterede medfødte skader og fejludvikling hos børn, samt sikre en tidlig og helhedsorienteret indsats overfor børn i Familieambulatoriet Plus' målgruppe.

Det skal understreges, at det er kommunen, der har kompetencen som myndighed på området. Familieambulatoriet Plus er således et supplement til den kommunale indsats over for målgruppen.

### Ramme

Aftalen skal desuden ses som supplement til Fødeplanen for Region Syddanmark af 2014, og den uddybende beskrivelse af målgruppe, organisering, behandlingstilbud og samarbejdsrelationer vedrørende Familieambulatoriet, som er beskrevet i Fødeplanen<sup>1)</sup>.

Endvidere har Sundhedsstyrelsen udarbejdet vejledninger og anbefalinger, som danner en del af grundlaget for samarbejdsaftalen, herunder; "Anbefalinger om Svangreomsorg" 2013, "Vejledning om etablering af Familieambulatorier – med henblik på specialiseret svangreomsorg for gravide med rusmiddelbrug" 2009 og "Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer – Familieambulatoriets interventionsmodel" 2010.

I Region Syddanmark er der udarbejdet "Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide" af 2017. Målgruppen for indeværende aftale – målgruppen for Familieambulatoriet Plus – er en delmængde af målgruppen defineret i "Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide". Det særlige ved indeværende aftales målgruppe er, at disse gravide har haft et forbrug, som opfylder Familieambulatorie Plus' inklusionskriterier under graviditeten, og at barnet som følge deraf følges i Familieambulatoriet Plus indtil skolealderen.

Der opfordres til, at fagprofessionelle, der arbejder med indeværende aftale, også orienterer sig i "**Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide**". Denne aftale omhandler alle gravide – uanset niveau – hvor der er en bekymring for barnets trivsel, som medfører en underretning, og derfor et samarbejde mellem sygehus og kommune.

---

1) Fødeplanen for Region Syddanmark 2010, afsnit 18 om Familieambulatoriet

### 3. Målgruppen for Familieambulatoriet Plus

---

Familieambulatoriet er en regional enhed, ledelsesmæssigt forankret ved Odense Universitetshospital, men med ligeværdige afdelinger i hhv. Odense, Esbjerg, Kolding og Aabenraa. Familieambulatoriet ved de enkelte fødesteder samarbejder med de bopælskommuner, som de gravide kommer fra.

Den overordnede målgruppe for Familieambulatoriet er sårbare gravide (for nærmere definition se Samarbejdsaftale om sårbare gravide), og målgruppen for Familieambulatoriet Plus er en undergruppe, der tilbydes et udvidet tilbud for børnene op til skolestart.



Forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler i forbindelse med Familieambulatoriet Plus' målgruppe defineres som følger, jf. gældende inklusionskriterier (bilag 1):

#### Alkoholindtag

- $\geq 7$  genstande ugentligt – (hvor genstandene er vilkårligt fordelt) i graviditeten.
- $\geq 5$  genstande på én gang efter erkendt graviditet eller  $\geq 3$  gange i graviditeten - Episodisk højt alkoholforbrug.
- $\geq 10$  genstande på én gang  $\geq 1$  gang i graviditeten, episodisk meget højt alkoholforbrug.
- Ved usikkert alkoholindtag med grund til bekymring og/eller tvivl ved graden af alkoholindtag.

#### Definition forbrug af rusmidler

- Ethvert lille eller stort forbrug af illegale rusmidler under graviditeten.
- Forbrug af cannabis  $\leq 3$  gange før erkendt graviditet medfører ikke inklusion, men alt forbrug efter erkendt graviditet medfører inklusion.

#### Definition forbrug af afhængighedsskabende medicin

- Forbrug af afhængighedsskabende medicin i  $\geq 7$  fortløbende dage i graviditeten og/eller  $\geq 15$  dage vilkårligt fordelt i graviditeten.
- Gravide i substitutionsbehandling og/eller i medicinsk behandling for misbrug.

Gravide inkluderes uanset, om de følges andetsteds.

## 4. Aktører

---

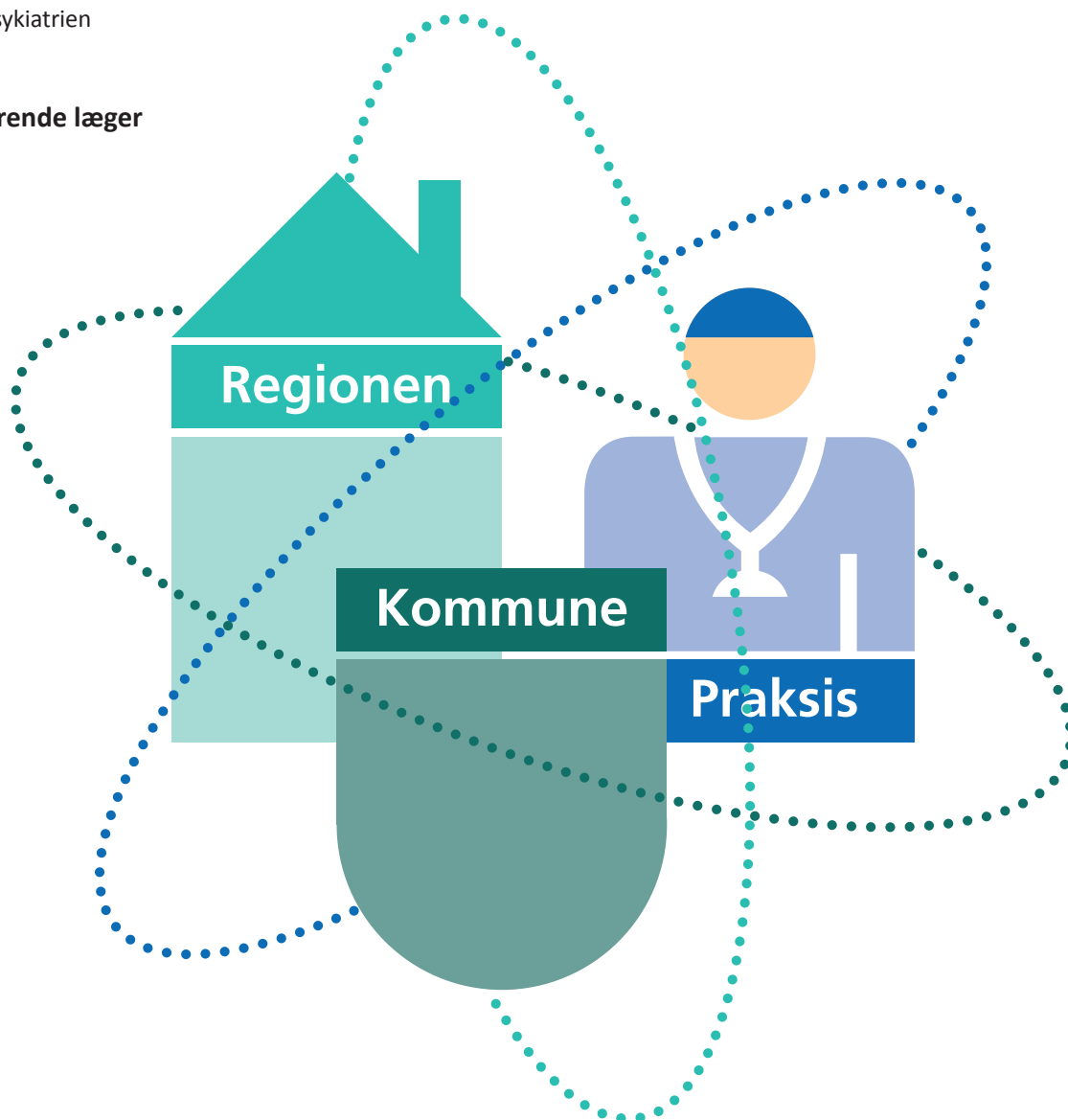
### Region Syddanmark

- Familieambulatoriet Plus
  - Kvindesygdomme og fødsler (Gynækologisk Obstetrisk Afdeling)
  - Børneafdelingen
- Psykiatrien
- Smertebehandlingsenheder

### Kommunerne

- Familieafdelingen (Myndigheden på Børn- og Ungeområdet)
- Behandlingscenter
  - Alkohol
  - Rusmiddel
- Sundhedsplejen
- Pædagogisk/Psykologisk rådgivning
- Socialpsykiatrien

### Praktiserende læger



## 5. Opsporing og henvisning af gravide med et skadeligt forbrug af alkohol og andre rusmidler

---

En systematisk og tidlig opsporing med henblik på en forebyggende indsats er meget væsentlig for at mindske risikoen for, at der fødes børn med skader som følge af moderens forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler i graviditeten.

Det er nødvendigt, at alle – såvel almen praksis som kommunale og regionale instanser – er opmærksomme ved kontakten med borgere og patienter, og således bidrager til at opspore gravide med et skadeligt forbrug.

Gravide kan blive henvist til Familieambulatoriet Plus fra praktiserende læger, jordemødre, kommunale forvaltninger m.v. Den gravide kan endvidere selv henvende sig i Familieambulatoriet Plus. Uden for dagtid kan henvendelse ske til obstetrisk vagthavende læge, eller ved kontakt til fødeafdelingernes vagthavende jordemoder.

Familieambulatoriet Plus modtager henvisninger på børn under skolealderen, hvor der er mistanke om, at barnet har været eksponeret for afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler i fostertilværelsen, og hvor barnet ønskes undersøgt med henblik på afklaring og tilrettelæggelse af en relevant plan.

Alle fagpersoner og privatpersoner kan henvise til Familieambulatoriet Plus, herunder bl.a. læger, sundhedsplejersker, pædagoger, (pleje)forældre, m.v.

Gennem hele processen lægges der vægt på det gode, ansvarlige og forpligtende samarbejde, så alle parter er med til at motivere til, at borgeren/patienten tager imod relevante tilbud. Det forpligtende samarbejde betyder også, at der skal være en opfølgning på, om der har været fremmøde på det pågældende tilbud og handling, hvis dette ikke er tilfældet.



## 6. Opgaver og ansvarsfordeling

---

### Før graviditet

Alle fagprofessionelle er forpligtet til at støtte og hjælpe fertile kvinder, som har et skadeligt forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/ eller andre rusmidler med råd, vejledning og eventuel etablering af sikker prævention. Såfremt en fertil kvinde, som har et forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/ eller andre rusmidler, udtrykker ønske om graviditet, bør kvinden henvises til prækonceptionel samtale hos praktiserende læge, som eventuelt kan henvise til andre relevante behandlere som for eksempel rusmiddelbehandler, specialist i behandling med smertestillende medicin, psykiater og/eller speciallæge i Familieambulatoriet Plus.

Formålet med en prækonceptionel samtale er forebyggelse og planlægning af graviditet. Såfremt den gravide og/eller parret umiddelbart fremstår med et skadeligt forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler, psykiatriske og/eller sociale udfordringer, som skønnes at være uforenelige med forældreskab, har kommunen mulighed for at tilbyde kvinden eller parret samtale omkring familieplanlægning og konsekvenserne af nuværende livsstil.

### Under graviditet

Ethvert forbrug af tobak, alkohol og/ eller rusmidler frarådes i graviditet. Ved forbrug af mindre end grænserne for inklusion i Familieambulatoriet Plus, forventes alle fagprofessionelle at rådgive om og støtte gravide i afholdenhed jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangeromsorg, idet den nedre grænse for skadeligt forbrug ikke med sikkerhed kendes.

### Familieambulatoriet Plus

- Familieambulatoriet Plus kontakter den gravide senest 7 dage efter henvisningen og indkalder efter faglig vurdering til en afklarende samtale. Det er væsentligt, at den gravide kan få hurtig afklaring og rådgivning i forhold til risikofaktorer i graviditeten, herunder gennemførelse eller afbrydelse af svangerskabet.
- Familieambulatoriet Plus indhenter, om muligt, samtykke fra den gravide ved første konsultation med henblik på videregivelse af oplysninger og samarbejde med den kommunale sundhedspleje, Familieafdeling (myndighed) og andre relevante aktører (se bilag 4.2). Er der bekymring, afsendes så hurtigt som muligt en underretning til Familieafdeling (myndighed).
- Ønsker den gravide ikke at give samtykke til samarbejde med kommunen eller andre vigtige aktører, og/eller ønsker den gravide ikke forløb i Familieambulatoriet Plus, vurderes det, om der er grundlag for en underretning.

- Såfremt der er svære problematikker, som kræver akut sundhedsfaglig vurdering og behandling, kan den gravide modtages akut efter telefonisk henvisning til Familieambulatoriet Plus eller uden for dagtid via obstetrisk vagthavende eller fødegangen.
- Ved udeblivelse forsøger Familieambulatoriet Plus at kontakte den gravide, og ved bekymring underrettes Familieafdelingen (myndigheden).
- Så snart der er tilbagemelding fra den kommunale forvaltning vedrørende, hvilken sagsbehandler den gravide er tildelt, skal dette noteres i den gravides journal.
- Ved første jordemoderkontrol i Familieambulatoriet Plus sendes henvisning og orientering til Sundhedsplejen med henblik på eventuelt tidlig kontakt i graviditeten.

### Kommunen

- Kommunen skal medvirke til opsporing af gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/ eller andre rusmidler. Såfremt kommunen identificerer gravide i Familieambulatoriet Plus' målgruppe, informerer kommunen den gravide om Familieambulatoriet Plus' tilbud og sikrer henvisning til Familieambulatoriet Plus, jf. inklusionskriterierne i bilag 1.
- Kommunen indhenter samtykke fra den gravide, med henblik på indhentning og videregivelse af oplysninger (se bilag 4.2).
- Såfremt der er en børne- og ungesag, er kommunen forpligtet til at sikre koordinering af en helhedsorienteret indsats. Kommunen giver Familieambulatoriet Plus besked om, hvem der er sagsbehandler (tovholder).
- Tidligt i forløbet tages stilling til, hvordan den gravides fremmøde i Familieambulatoriet Plus til fødsel samt ved akutte tilstande, sikres. Svære økonomiske eller praktiske udfordringer, som hindrer fremmøde, skal søges løst i god tid.
- Der tages stilling til og træffes beslutning om finansiering samt planlægning af fremtidig prævention.
- Kommunen visiterer til og igangsætter eventuelle hjælpe- og støtteforanstaltninger.
- Hvis den gravide ikke ønsker at komme i Familieambulatoriet Plus, er kommunen, såfremt der er modtaget en underretning, forpligtet til at følge op på sagen.
- Substitutions- eller rusmiddelbehandling iværksættes ved identificeret behov og gerne så tidligt i graviditeten, som muligt. Ved iværksættelse af behandling er der behov for koordinering mellem den behandlende læge og Familieambulatoriet Plus om den medicinske behandling.
- Det anbefales, at gravide og børn i Familieambulatoriet Plus samles hos en mindre gruppe specialiserede medarbejdere i kommunen med særligt kendskab til målgruppen.



### Almen praksis

- Praktiserende læge skal medvirke til opsporing af gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler.
- Praktiserende læge informerer alle gravide om Sundhedsstyrelsens retningslinjer for alkohol- og rusmiddelforbrug i graviditeten.
- Praktiserende læge noterer alle de oplysninger, som haves, vedrørende den gravides forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler, psykosociale udfordringer, psykiatrisk anamnese og al øvrig medicinsk behandling i svangrepapirerne.
- Praktiserende læge henviser hurtigst muligt til Familieambulatoriet Plus, såfremt en gravid har et forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler jf. inklusionskriterierne i bilag 1. Dette kan i akutte tilfælde gøres telefonisk med eftersendelse af svangerpapirer.
- Ved bekymring i graviditeten sender praktiserende læge en underretning til Familieafdelingen (myndigheden). Dette noteres på svangrehenvisningen.
- Praktiserende læge foretager de almindelige graviditetsundersøgelser og modtager/vidersender relevante oplysninger til/fra Familieambulatoriet Plus. Såfremt der fremkommer nye bekymrende oplysninger, fremsendes ny underretning til kommunen.
- Praktiserende læge modtager indkaldelse til og referat af alle koordinerende møder afholdt med patienten, såfremt der er afgivet samtykke hertil. Deltagelse i de koordinerende møder kan evt. foregå via telefon eller videokonference

### Psykiatrien

- Psykiatrien skal medvirke til opsporing af gravide, hvor der er mistanke om, at et foster eksponeres for afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler i fostertilværelsen. Såfremt psykiatrien identificerer disse, informeres den gravide om Familieambulatoriet Plus' tilbud, psykiatrien sikrer eventuel henvisning til Familieambulatoriet Plus, jf. inklusionskriterierne i bilag 1.

- Psykiatrien orienteres om gravide patienter med forløb i behandlingspsykiatrien med tilknytning til Familieambulatoriet Plus. Ved særligt behov for koordination inddrages behandler fra psykiatrien i de koordinerende møder, evt. via telefon eller videokonference.
- Psykiatrien vurderer arten og omfanget af den psykiatriske behandling i forhold til graviditeten.
- Det er hensigtsmæssigt, at der sker en koordinering mellem den behandlende psykiater og Familieambulatoriet Plus omkring den medicinske behandling.
- Der opfordres til, at voksenpsykiatrien deltager i de kvartalsvise møder i Familieambulatoriet Plus, når dette er relevant.
- Psykiatrien kan indkaldes og deltage efter behov i konkrete sager, og psykiatrien skal orienteres, hvis en af deres patienter er gravide, så der kan træffes forholdsregler i forhold til medicineringen, hvor det er relevant.

### Tværasektoriel koordinering

Samarbejde omkring den gravide forankres på tværasektorielle koordinationsmøder. Familieambulatoriet Plus indkalder, på baggrund af faglig vurdering, den gravide, dennes netværk og relevante aktører til det første tværasektorielle koordinationsmøde. Praktiserende læge orienteres om mødet, og deltager hvis muligt. Det tilstræbes, at indkaldelsen sker med 14 dages varsel for at sikre, at så mange aktører så muligt kan deltage.

Formålet med mødet er at få tilrettelagt en både kort- og langsigtet plan for den gravide, og at få aftalt rolle og kompetencefordeling på tværs af sektorerne. Familieambulatoriet Plus udarbejder referater af møderne, medmindre anden arbejdsdeling aftales på det første møde. Referatet indeholder en beskrivelse af den samlede problemstilling, konklusion, plan, rolle- og kompetencefordeling, hvilke initiativer der skal iværksættes, samt tidspunkt for et eventuelt opfølgende møde. Referatet sendes, efter indhentet samtykke, til alle inviterede. Samtykke indhentes ved starten af mødet, og føres til referat, se evt. bilag 4.0, 4.1 og 4,2.

### Plan for graviditet, fødsel og barsel

Familieambulatoriet Plus sikrer – i samarbejde med den gravide, samt øvrige hospitalsafdelinger, kommune, praktiserende læge og eventuelt andre relevante aktører – at der udarbejdes en plan for graviditeten, fødslen og barselsperioden. Denne overordnede plan indeholder en delplan for observation og behandling af barnet efter fødslen, samt en delplan for tiden efter udskrivelse.

Planen udgør én samlet plan med to sideløbende indsatsområder for henholdsvis den sundhedsfaglige og den socialfaglige indsats i forhold til familien/barnet.

Planen for, hvad der skal ske umiddelbart efter fødslen og i forbindelse med udskrivelsen, skal foreligge i god tid inden fødslen.

I hver plan er opgave- og ansvarsfordelingen beskrevet, samt hvilke initiativer, der skal sættes i værk.

Planen indeholder oplysninger om kontaktpersoner (for eksempel rusmiddelbehandler og myndighedsperson) i kommunen, samt hvem der skal kontaktes i hastende tilfælde, hvis kontaktpersonen ikke kan træffes. Endvidere fremgår familieambulatoriet Plus' kontaktperson.

Alle parter er forpligtet til at følge den aftalte plan.

### Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel

Nedenstående afsnit beskriver arbejdsgange og rammerne for, hvordan der anmodes om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel. Yderlig information kan hentes i Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide i Region Syddanmark (2017).

Kommunens Familieafdeling (myndighed) kan altid bede om relevante oplysninger fra sundhedspersonale i forbindelse med fødsel og barsel. Dette behøver ikke kun at være i forbindelse med en § 50 børnefaglig undersøgelse – det kan også være i andre sammenhænge, der ligger forud for eller efter en børnefaglig undersøgelse.

### Formålet med skabelonen

I samarbejdsaftalen om sårbare gravide er der udarbejdet en skabelon til anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel. Skabelonen skal bidrage til juridisk korrekt kommunikation og samtidig understøtte det sammenhængende patientforløb.

Skabelonen skal også bruges til målgruppen i Familieambulatoriet Plus, når der er samarbejde med Familieafdelingen (myndighed og sygehus).

Se skema til anmodninger om oplysninger i bilag 2.

Der kan eksempelvis anmodes om:

- Besked ved fødsel
- Besked/invitation til udskrivelsesmøde
- Journalførte oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset
- Lægeerklæring

Familieafdelingen (myndighed) skal være meget specifik i forhold til, hvilke forhold der ønskes oplysninger om – med opmærksomhed på, at plejepersonalet tilbringer begrænset tid hos den gravide/fødende/nybagte mor, og at der ofte er skiftende/ikke kontinuerligt personale hos familien i løbet af indlæggelsesperioden.

Sundhedspersonalet på sygehuset skal beskrive det, som de ser, er relevant og nødvendigt i forhold til den sundhedsfaglige behandling, og de må således ikke lave fortolkninger, vurderinger eller pege på konkrete kommunale indsatser. Sygehuset må kun sende de oplysninger, kommunen beder om (se bilag 4.0, 4.1 og 4.2).

Samtidig gøres der opmærksom på, at sygehuset ikke er forpligtet til at imødekomme anmodninger om mor-barn observationer og vurdering af forældreevne.

Familieafdelingen (myndigheden) kan sende en kommunal fagperson til at foretage yderligere observation af de ønskede forhold hos familien, også mens denne er indlagt på sygehuset. Sygehuspersonalet skal på forhånd orienteres om dette.

### Sygehusets svar på anmodningen

I tilbagemeldingen til den kommunale Familieafdeling (myndighed), sender sygehuset udelukkende journalførte oplysninger.

Sygehusene er ikke forpligtet til at imødekomme anmodninger om specifikke indlæggelsesvarigheder

Det vil være hensigtsmæssigt for sygehuspersonalet med en ensartet praksis i forhold til journalføring, således at alle medarbejdere ved, hvor og hvordan sociale forhold skal noteres.



## Indsatser ved fødslen og tiden efter fødslen

### Familieambulatoriet Plus

- Familieambulatoriet Plus/fødestedet orienterer kommunen om fødslen jf. specialplanen. Det fremgår tydeligt af denne plan, hvem i kommunen, der skal kontaktes, samt telefonnummer på denne.
- Ved behov etablerer Familieambulatoriet Plus i samarbejde med kommunen inden udskrivelsen udskrivningskonference med relevante parter (kan afholdes som telefon- eller videokonference).
- Fødestedet orienterer psykiatrien om udskrivelsen, hvis det vurderes relevant.
- Familieambulatoriet Plus kan i udskrivelsessamtalen ved behov medvirke i planlægningen og koordineringen af den kommunale forvaltnings tilrettelæggelse af støtteforanstaltninger efter udskrivelsen.

### Kommunen

- Kommunen (sundhedsplejerske, socialrådgiver osv.) deltager ved behov i udskrivningskonference.
- Kommunen iværksætter nødvendige indsatser, herunder rusmiddelbehandling, så dette er etableret, når moderen og barnet udskrives fra hospitalet.
- Kommunen løfter alle "normale" opgaver, der dækkes i basistilbud, herunder f.eks. sundhedsplejerskens modtagelse af udskrivelsesbrev og varetagelse af barsels- og etableringsbesøg samt opfølgende kontakter, herunder behovsbesøg, og Familieafdelingens indsats og koordinering omkring evt. besluttede foranstaltninger.

### Almen praksis

- Praktiserende læge modtager epikrise efter udskrivelse fra fødsel og barsel.
- Praktiserende læge tilbyder alle kvinder undersøgelse 8 uger efter fødslen.
- Praktiserende læge vurderer ved denne undersøgelse moderens fysiske og psykiske tilstand, drøfter familiens trivsel og drøfter samt etablerer evt. prævention jf. specialplan (evt. bevilget af kommunen).

### Psykiatrien

- Behandler fra psykiatrien deltager ved behov i udskrivningskonference
- Behandler fra psykiatrien modtager besked ved udskrivelse, såfremt dette på forhånd er aftalt i planen.
- Spæd- og småbørnsfunktionen deltager i møder i Familieambulatorium Plus i forhold til opfølgningen på børnene.

## Opfølgende undersøgelser af barnet

### Familieambulatoriet Plus' ansvar – opfølgning

- Familieambulatoriet Plus' læge og psykolog følger barnet frem til skolestart jf. Inklusions- og opfølgningskriterier (bilag 1).
- Familieambulatoriet Plus' socialrådgiver deltager i opfølgningen efter behov og i det omfang, det vurderes fagligt relevant, og kan herudover have ekstra samtaler med barnets primære omsorgspersoner.
- I Familieambulatoriet Plus foretages en sundhedsfaglig vurdering af barnets fysiske og psykiske helbredstilstand, ligesom barnets udvikling vurderes.
- Hvis der vurderes at være behov for yderligere sundhedsmæssig udredning, sendes henvisning til relevant afdeling, ligesom der følges op på undersøgelsesresultatet.
- Der udarbejdes efter hvert besøg såvel en lægelig som en psykologisk konklusion på undersøgelsen.
- I forlængelse af undersøgelserne i Familieambulatoriet Plus, rådgives forældre/plejeforældre i sundhedsfaglige og udviklingsmæssige spørgsmål.
- I Familieambulatoriet Plus følges børn, der har været eksponeret jf. inklusionskriterierne før erkendt graviditet, uanset om der er eller har været en aktiv børnesag i Familieafdelingen (myndigheden).

### Samtykke og underretning:

- Familieambulatoriet Plus indhenter samtykke fra forældrene til, at barnet må følges i Familieambulatoriet Plus, og at der må udveksles oplysninger med de, for det pågældende barn, relevante samarbejdspartnere (se bilag 4.0, 4,1 og 4.2).
- I de situationer, hvor der ikke kan indhentes samtykke hos de biologiske forældre, og hvor barnet er anbragt, kontakter Familieambulatoriet Plus' socialrådgiver kommunen med henblik på at få et sådant samtykke fremskaffet.
- Er der en børnesag i kommunen, og ønsker forældrene ikke, at der sendes notat til kommunal socialrådgiver, tages der stilling til, om der er grundlag for underretning.



**Netværksmøder:**

- Familieambulatoriet Plus' læge og psykolog, der har foretaget undersøgelserne, tager i fællesskab stilling til, om der vurderes at være behov for at indkalde til netværksmøde.
- Vurderes der at være behov for et netværksmøde, og er forældrene indforstået hermed, indkalder Familieambulatoriet Plus' socialrådgiver til netværksmødet.
- Forældremyndighedsindehavere inviteres altid til netværksmøde med mindre socialforvaltningen vurderer andet.
- Invitationen til netværksmøderne udsendes som udgangspunkt 4 uger før mødedatoen.
- Familieambulatoriet Plus videregiver til netværksmøderne informationer, der vurderes væsentlige for barnets udvikling med udgangspunkt i de undersøgelser, der er foretaget.
- Familieambulatoriet Plus kan bidrage med anbefalinger, såfremt kommunen anmoder om disse.
- Familieambulatoriet Plus beskriver på mødet, hvorvidt der er udviklingsmæssig bekymring i det nuværende dagtilbud, eller hvorvidt dette kan forventes på baggrund af evidens.

**Afslutning og opfølgning:**

- Hvis barnet flytter, og familien fortsat ønsker at fortsætte forløbet i Familieambulatoriet Plus, der hvor de bosætter sig, laver Familieambulatoriets Plus' læge eller psykolog henvisning dertil.
- I de tilfælde, hvor der ikke er, eller ikke længere er, en børnesag i familieafdelingen, og hvor der ikke er grundlag for underretning eller netværksmøder, aftales med forældrene, om man fra Familieambulatoriet Plus må kontakte sundhedsplejersken, daginstitutionen eller PPR, hvis der vurderes at være behov for ekstra støtte til barnet.
- Såfremt der ved afslutning i Familieambulatoriet Plus fortsat er en børnesag i familieafdelingen, laves en sammenfatning af forløbet indeholdende en statusvurdering i forhold til barnets helbredsmæssige, psykologiske og kognitive tilstand. Der kan også indkaldes til et afsluttende netværksmøde efter faglig vurdering.

**Kommunen**

- Kommunen visiterer til og igangsætter eventuelle hjælpe- og støtteforanstaltninger i eget regi. Familieambulatoriet Plus' undersøgelser skal ses som et supplement til den kommunale indsats i forhold til barnet/familien.
- Såfremt der er en aktiv børnesag, skriver kommunen opfølgende børneundersøgelser i Familieambulatoriet Plus ind i en handleplan, når barnet følges i Familieambulatoriet Plus.

- De inviterede fagpersoner prioriterer deltagelse ved møderne i Familieambulatoriet Plus, da f.eks. sundhedsplejersken kan få en fornyet rolle i forbindelse med skolestart.
- PPR/Specialrådgivningen deltager ved netværksmøderne efter faglig vurdering, uanset om barnet er kendt i forvejen eller ej. Rollen ved deltagelse er som konsultativ bistand.
- I nogle kommuner kan Pladsanvisningen med fordel inviteres, med forældremyndighedsindehavers samtykke.
- Dagtilbuddet beskriver ved netværksmødet barnets dagligdag sammen med barnets primære omsorgspersoner.
- Det er PPR el. lign., der vurderer, hvilket dag- eller skoletilbud barnet matches til, og det er ligeledes PPR el. lign., der vurderer, hvorvidt der er behov for ekstra ressourcer i dag-/skoletilbuddet.
- Kommunen er behjælpelig med at indhente samtykke fra forældremyndighedsindehaver efter gældende regler i tilfælde, hvor barnet er anbragt udenfor hjemmet.
- Kommunen skal anmode forældremyndighedsindehaver om samtykke til Familieambulatoriet Plus' psykologiske undersøgelser, da Familieambulatoriet Plus bl.a. benytter "Bayley" og "WPPSI 4".
- I forhold til samarbejdet med praktiserende læge, sikrer kommunen, at almen praksis har oplysninger om kontaktperson ved efterfølgende behov for kontakt til kommunen.

**Almen praksis**

- Praktiserende læge følger barnet gennem de almindelige børneundersøgelser.
- Praktiserende læge deltager i koordinerende møder, hvor det er relevant, og orienteres om undersøgelser af barnet i Familieambulatoriet Plus.
- Praktiserende læge rapporterer relevante sociale, psykiske og fysiske ændringer til Familieambulatoriet Plus.
- Praktiserende læge prioriterer at deltage i netværksmøderne arrangeret med familierne og fagpersonerne, når det er relevant og muligt.

**Psykiatrien**

Den regionale spæd- og småbørnspsykiatri deltager i formaliseret samarbejdsrunde (liaisonrunde) med det regionale Familieambulatoriet Plus en gang i kvartalet, med henblik på drøftelse af børn med mulige børnepsykiatriske problemstillinger. Møderne kan afholdes via videokonference.

## 7. Lovgivning på området

---

### Patientens retsstilling

Medarbejdere, der arbejder under Sundhedsloven, har tavshedspligt, og derfor kan videregivelse af oplysninger kun ske med samtykke fra den enkelte borger.

Videregivelse af information uden samtykke til andre formål end behandling kan kun ske, når det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, og når oplysningen antages at have væsentlig betydning for modtagende myndigheds sagsbehandling. Samtykke skal dog altid forsøges indhentet, eller som minimum bør borgeren informeres om videregivelsen. Denne orientering kan ske telefonisk, via e-Boks eller brev.

Samtykke til at videregive oplysninger til andre formål end behandling, skal gives til den sundhedsperson, der er i besiddelse af og skal videregive oplysningerne.

Samtykke til at videregive oplysninger til brug for behandling er reguleret af Sundhedsloven. Et sådant kan gives enten mundtligt eller skriftligt, og kan både gives til den person, som videregiver oplysningerne, samt til den person, som modtager oplysningerne. Det skal fremgå af sundhedsjournalen, om patienten har givet samtykke til videregivelse.

Det skal journalføres, når og hvordan borgeren er blevet orienteret. Desuden bør det journalføres, hvilke oplysninger, der er videregivet, i henhold til hvilken lovgivning, samt med hvilket formål.

Det er den enkelte afdelings ansvar, at der indhentes samtykke til relevante samarbejdspartnere. Et eksempel på en samtykkeerklæring fra Familieambulatoriet (også gældende for Familieambulatoriet Plus) kan findes i bilag 4.0, 4.1 og 4.2.

Lovgivning i Sundhedsloven om indhentning og videregivelse af sundhedsoplysninger gælder for sundhedspersoner, herunder både personer, der er sundhedsfagligt autoriserede til at varetage sundhedsfaglige opgaver og personer, der arbejder efter delegation fra en sundhedsperson.

Deltager andre faggrupper aktivt i forbindelse med patientbehandlingen, kan disse få adgang til de samme patientoplysninger, som den fagperson opgaverne udføres for, såfremt oplysninger er relevante for udførelsen af deres opgave.

Det er en betingelse, at adgangen til at indhente sundhedsoplysninger er teknisk begrænset til den behandlingsenhed, hvor de er ansat.

Socialrådgiverfunktionen på sygehuset/i Familieambulatoriet kan anses som en sundhedsfaglig opgave, når socialrådgivere udfører opgaver bl.a. i forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

### Samtykke ved behandling af mindreårige børn

Af Sundhedsloven fremgår det, at enhver behandling ikke må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, herunder samtykke til undersøgelse, diagnostisering, behandling, pleje, samt forebyggelse og sundhedsfremme (jf. bilag 3).

Ved behandling af mindreårige (børn under 18 år) kræves samtykke fra forældremyndighedsindehaveren. Er barnet fyldt 15 år, kan barnet dog selv give samtykke, men forældremyndighedsindehaveren skal tillige have information herom og inddrages i den mindreåriges stillingtagen.

Udgangspunktet efter sundhedsretten er, at begge forældremyndighedsindehavere skal give samtykke til behandling. Det er dog antaget i praksis, at forældrene hver for sig kan træffe beslutninger af mere dagligdags karakter. Bopælsforælderen vil således kunne lade barnet undergå almindelig lægelig undersøgelse og behandling. Større kirurgiske indgreb eller behandling med kraftig medicin vil derimod kræve samtykke fra begge forældremyndighedsindehavere.

Det følger af Forældreansvarsloven, at væsentlige beslutninger vedr. barnets forhold kræver enighed mellem forældrene, men ikke-væsentlige beslutninger kan træffes af den ene forældremyndighedsindehaver (jf. bilag 3).

Ved anbringelse af børn uden for hjemmet sker der ingen ændringer i forældremyndighedsforholdene. Dette betyder, at der fortsat er en række personlige forhold omkring barnet, som forældrene alene kan og skal tage stilling til. I praksis har den anbringende kommune dog vidtgående beføjelse til at træffe nødvendige beslutninger under barnets anbringelse, og har på baggrund af serviceloven § 69 i visse tilfælde hjemmel til at træffe afgørelse om barnets behandling. Ifølge sundhedsloven skal forældremyndighedsindehavere som udgangspunkt fortsat orienteres og samtykke til behandling.

### Underretningspligt

En underretning betegnes som en henvendelse, der indeholder en bekymring for et barns trivsel og udvikling, herunder også i fostertilstanden. En sådan bekymring kan komme fra en fagperson eller en privat borger (jf. bilag 3). Der er ingen formelle krav til formen i en underretning, og der kan underrettes telefonisk eller skriftligt. Det er endvidere muligt at underrette anonymt. Hvis underretningen modtages mundtligt, har den kommunalt ansatte notatpligt. I tilfælde, hvor underretter er kendt, er identiteten af denne ligeledes notatpligtigt.

Fagpersoner har en skærpet underretningspligt, der går forud for tavshedspligten. Dette gælder alle, der udøver offentlige tjenester, herunder blandt andet praktiserende læge, jordemoder, syge- og sundhedsplejerske. Disse har skærpet underretningspligt, hvis de får kendskab til eller grund til at antage, at et barn uanset alder har eller vil få behov for særlig støtte.

Det er muligt for fagpersoner at få anonym rådgivning og vejledning fra et myndighedsafsnit. Myndigheden har notatpligt på alle henvendelser, der er personhenførbare.



## 8. Kontaktoplysninger

---

### Sundhed.dk

www.sundhed.dk vil udgøre kontaktplatform for relevante kontaktoplysninger vedrørende samarbejdet omkring Familieambulatorie Plus i Region Syddanmark.

Kontaktoplysningerne er samlet her: [www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-syddanmark/hospitaler/graviditet-og-barsel/familieambulatorierne](http://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-syddanmark/hospitaler/graviditet-og-barsel/familieambulatorierne)

Opsamling af kontaktoplysninger er vedlagt i bilag 5.

Således vil der på sundhed.dk være samlet kontaktinformationer om:

- Relevante kommunale instanser
  - Overordnede myndighedspostkasser til f.eks. henvendelse eller underretning
  - Sundhedsplejerske
- Misbrugscentre
- Familieambulatorier
- Fødeafdelinger
- Psykiatrien
- Almen praksis

### Søgning i sundhed.dk

For at finde relevante kontaktsider vedr. samarbejdet omkring Familieambulatorie Plus, skal der vælges fanebladet "Fagperson", herefter søges i fritextfeltet, med teksten "Familieambulatorier". Vælg her siden med titlen "Kontakter Familieambulatoriet – Region Syddanmark".

### Kontaktoplysninger

Det tilstræbes, at kontaktoplysningerne er på organisations- og afdelingsniveau, både telefonnumre og mailadresser.

Såfremt der sker ændringer i kontaktoplysningerne, eller der er behov for opdatering af oplysningerne, har den enkelte kommune eller regionale enhed ansvaret for at opdatere oplysninger ved at kontakte relevant (lokal) redaktør af Sundhed.dk.

### Udpegning af konkrete kontaktpersoner i Familieambulatoriet Plus

Familieambulatoriet Plus udpeger en kontaktperson til hver gravid, der er tilknyttet Familieambulatoriet Plus. Kommune, praktiserende læge, jordemodercenter og andre relevante parter orienteres om kontaktpersonen.

### Udpegning af konkrete kontaktpersoner i kommunen

Kommunen tilknytter en kommunal kontaktperson til den gravide, som Familieambulatoriet Plus kan kontakte med henblik på planlægning og deltagelse i det konkrete samarbejde om den gravide.

I forhold til samarbejdet med praktiserende læge sikrer kommunen, at almen praksis har oplysninger om kontaktperson ved efterfølgende behov for kontakt til kommunen.

Opsamling af kontaktoplysninger er vedlagt i bilag 5.

kontakt-familieambulatoriet  
**www.sundhed.dk**

## 9. Monitorering og opfølgning

---

Den regionale samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark vurderes løbende i det daglige samarbejde mellem kommuner, praktiserende læger og Familieambulatorierne.

Aftalen vurderes konkret én gang årligt i Følgegruppen for behandling og pleje, under Sundhedsaftalen. Samarbejdspartnerne følger op på samarbejdsaftalen ved at drøfte denne på de møder om gravide og nyfødte, der er aftalt i regi af Sundhedsaftalen.

Aftalen monitoreres og evalueres løbende ud fra allerede registrerede data i COSMIC (eller det nye PAS system, når det er klart), herunder:

- Antal unikke gravide tilknyttet Familieambulatoriet Plus
- Antal unikke børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus, heraf nyinkluderede pr. år
- Årsager til inklusion i Familieambulatoriet Plus (gravide) defineret ud fra diagnoser med angivelse af forbrugstype/problematik

Der vil i første omgang blive monitoreret på ovenstående data. Derudover pågår pt. et arbejde med at afklare, hvad der mere skal måles på. Dette arbejde pågår i regi af Styregruppen for Familieambulatoriet samt i den regionale Arbejdsgruppe vedr. fødselsrapportering på COSMIC data. Når arbejdet er tilendebragt, og der er udarbejdet en baseline for disse data, vil en egentlig monitorering påbegyndes. Familieambulatorierne vil blive inddraget i arbejdet og høre nærmere herom.

## BILAG 1

# Inklusions- og opfølgningskriterier

---

Ethvert forbrug af alkohol og rusmidler frarådes i graviditeten. Ved forbrug mindre end grænserne nævnt i inklusionskriterierne til Familieambulatoriet forventes øvrige personale i svangreomsorgen at rådgive om afholdenhed.

### INKLUSIONSKRITERIER for gravide

Familieambulatoriet, Region Syddanmark

#### Inklusionskriterier for gravide kvinder i Familieambulatoriet.

Obs: Gravide i medikamentel behandling for afhængighed af medicin, alkohol og/eller andre rusmidler inkluderes.

Forbruget regnes fra sidste menstruations første dag, såfremt andet ikke er nævnt.

#### 1. Alkoholindtag:

1a:  $\geq 7$  genstande ugentligt (hvor genstandene er vilkårligt fordelt) i graviditeten.

1b: Episodisk højt alkoholforbrug ( $\geq 5$  genstande på én gang = binge-drinking) efter kvinden har erkendt sin graviditet.

1c: Ved usikkert alkoholindtag med grund til bekymring.

#### 2. Forbrug af afhængighedsskabende medicin i $\geq 7$ fortløbende dage i graviditeten og/eller $\geq 15$ dage spredt i graviditeten.

##### 2a: Forudsætninger:

- Gravide inkluderes uanset om de følges andetsteds (f.eks. Smerteklinik, Psykiatrisk Afdeling, Reumatologisk Afdeling etc.)

##### 2b: Indregistrerede opioide analgetika, opiat og andre analgetika:

- Alfentanil.
- Buprenorfin.
- Dekstroproxyfen.
- Etylmorfin.
- Fentanyl.
- Heroin.
- Hydromorphon.
- Ketobemidon.
- Ketogan.
- Kodein.
- Metadon.
- Methylnaltrexon.
- Morfin.
- Nalbufin.
- Naltrexon.
- Nicomorfin.
- Noskapin.
- Oxycodon.
- Oxymorfin.
- Papaverin.
- Pethidin.
- Remifentanil.
- Sufentanil.
- Tapentadol.
- Tebain.
- Tramadol.

Ethvert forbrug af alkohol og rusmidler frarådes i graviditeten. Ved forbrug mindre end grænserne nævnt i inklusionskriterierne til Familieambulatoriet forventes øvrige personale i svangreomsorgen at rådgive om afholdenhed.

**2c: Indregistrerede sedativa-anxiolytika-hypnotika:**

- Benzodiazepiner og medikamenter, som virker på benzodiazepinreceptorerne (f.eks. Zopiclon og Zolpidem).
- Phenobarbital.
- Ketamin (kun indregistreret som systemisk eller lokal ænestesimiddel) (og ikke som hypnosedativa).

**2d: Ikke-læge-ordineret forbrug af indregistrerede centralstimulerende lægemidler:**

- Methylphenidat (= Ritalin, behandling af ADHD og narkolepsi).
- Lisdexamfetamin (= Elvanse, behandling af ADHD).
- Atomoxetin (= Strattera, behandling af ADHD).
- Modafinil (= Modafinil, Modiodal, behandling af narkolepsi).
- Bupropion (= Wellbutrin, Zyban, behandling af tobaksafhængighed).

**2e: Gravide i behandling med medicinsk cannabis inkluderer som for cannabis i øvrigt.**

**3. Ethvert forbrug af illegale rusmidler i graviditeten.**

- OBS: Cannabisforbrug ≤ 3 gange i graviditeten medfører ikke inklusion.
- OBS: Tobak-/nikotinformbrug medfører ikke inklusion alene trods dets skadevirkende effekt på graviditet og fosteret.

**3a: Illegale centralstimulantia:**

- Kokain.
- Amfetamin.
- Methamfetamin.
- Methylenedioxyethylamfetamin (MDMA/ecstasy).
- Amfetaminderivater.
- Fentanylanaloger.
- Kath-blade.

**3b: Illegale hallucinogener:**

- LSD.
- Psilocybin-svampe.
- Psilocin-svampe.
- Meskalin (peyotekaktus).
- Snerlefrø (ipomoea-arter, LSD-lignende).
- Fencyclidin.
- Dimetyltryptamin.

Ethvert forbrug af alkohol og rusmidler frarådes i graviditeten. Ved forbrug mindre end grænserne nævnt i inklusionskriterierne til Familieambulatoriet forventes øvrige personale i svangreomsorgen at rådgive om afholdenhed.

**3c: Inhalantia/flygtige opløsningsmidler:**

- Toluen.
- Acetone.
- Trichlorethan.
- Ethylacetat.
- Propan (flaskegas).
- Butan (lightergas).
- Kloroform.
- Heksan.
- Benzen.
- Kvælstofforilte (lattergas).

**3d: Andre illegale psykoaktive rusmidler** (herunder, men ikke begrænset til):

- Heroin.
- GHB (gammahydroxybutyrat)/fantasy.
- Cannabinoider (cannabis, hash, marihuana) ( $\geq 4$  gange i graviditeten).
- PMA (4-methoxetamfetamin).
- PMMA (4-methoxymetamfetamin).
- 4MTA (4-methylthioamfetamin).



Vejledende børneundersøgelser i Familieambulatoriet*						
Barnets alder	GRØN (let)		GUL (moderat)		RØD (svær)	
	Læge	Psykolog	Læge	Psykolog	Læge	Psykolog
5-8 uger	(x)		x	x	x	x
4 måneder	x	x	x	x	x	x
8 måneder					x	x
12 måneder			x	x	x	x
18 måneder					x	x
2 år	x	x	x	x	x	x
3 ½ år			x	x	x	x
5 år	x	x	x	x	x	x
6 år					x	x
Antal undersøgelser i alt	3-4	3	6	6	9	9

#### Referencer:

1. Sundhedsstyrelsen. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Retsinformation. Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler. VEJ nr. 9009 af 27/12/2013. SST, j.nr. 5-3210-13. 2014.
2. World Health Organization (WHO). Substance Use. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014.
3. Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin. Klinisk vejledning for almen praksis. Spørg til alkoholvaner. Diagnostik og behandling af alkoholproblemer. 2010.

\*Med udgangspunkt i psykologernes forslag til fælles standard for børneundersøgelser vedtaget på årsseminaret den 5. november 2014. Børneopfølgningen er under fortsat revision.



## BILAG 3

# Oversigt over gældende lovgivning på området

---

Nærværende oversigt er udarbejdet med det formål at uddybe nogle af de juridiske problemstillinger, som vedrører sundhedspersonalet og myndhedsområdet i forbindelse med udveksling af oplysninger i tilknytning til Familieambulatoriet.

Nedenfor behandles emner i tilknytning til særligt de problematikker, som rejser sig i forhold til mindreårige, og regler om samtykke til at indhente og videregive sundhedsoplysninger.

### Samtykke til behandling af mindreårige børn

Det følger af Sundhedslovens § 15, at behandling ikke må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. Behandling defineres i Sundhedslovens § 5 som samtykke til undersøgelse, diagnosticering, behandling, pleje, samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

Ved behandling af mindreårige (børn under 18 år, som ikke har indgået ægteskab og er myndige) kræves samtykke fra forældremyndighedsindehaveren. Hvis barnet er fyldt 15 år, kan barnet dog selv give samtykke, men forældremyndighedsindehaveren skal tillige have information og inddrages i den mindreåriges stillingtagen jf. Sundhedslovens § 17.

Udgangspunktet efter sundhedsretten er, at begge forældremyndighedsindehavere skal give samtykke til behandling. Det er dog antaget i praksis, at forældrene hver for sig kan træffe beslutninger af mere dagligdagskarakter. Bopælsforælderen vil således kunne lade barnet undergive almindelig lægelig undersøgelse og behandling. Større kirurgiske indgreb eller behandling med kraftig medicin vil derimod kræve samtykke fra begge forældremyndighedsindehavere.

Det følger af Forældreansvarsloven § 3, stk. 1, 1. pkt., at væsentlige beslutninger vedr. barnets forhold kræver enighed mellem forældrene, men ikke-væsentlige beslutninger kan træffes af den ene forældremyndighedsindehaver.

Hvorvidt der er tale om *væsentlige* beslutninger, som kræver samtykke fra begge forældremyndighedsindehavere, beror på en konkret sundhedsfaglig vurdering, som foretages af den sundhedsperson, som har ansvaret for at indhente et informeret samtykke til behandling på vegne af barnet.

Vurderes det, at begge forældre skal give samtykke til behandling, har den ansvarlige sundhedsperson kun ret til at iværksætte behandling, når der foreligger samtykke fra begge forældre.

Hvis forældrene ikke er enige om iværksættelse af behandling, vil de i den situation være henvist til at søge konflikten løst efter reglerne i Forældreansvarsloven ved at starte en forældremyndighedssag.

### Anbragte børn

Når børn anbringes uden for hjemmet, sker der ingen ændringer i forældremyndighedsforholdene. Det betyder, at der fortsat er en række personlige forhold omkring barnet, som forældrene alene kan og skal tage stilling til. Udgangspunktet er også, at forældremyndighedsindehavere fortsat skal orienteres og samtykke til behandling efter Sundhedslovens lovgivning.

I praksis har den anbringende kommune dog en vidtgående adgang til at træffe nødvendige beslutninger under barnets anbringelse. Spørgsmål om f.eks. valg af læge, skole, indkøb af tøj og lignende vil normalt være spørgsmål, som den anbringende kommune tager stilling til i et samarbejde med anbringelsesstedet.

Kommunen har i medfør af Servicelovens § 69, stk. 1, også hjemmel til at træffe afgørelse om barnets behandling, hvis dette er nødvendigt under hensyn til formålet med anbringelsen. F.eks. hvis der opstår uenighed mellem forældremyndighedsindehaverne, og der af den grund ikke kan opnås samtykke til nødvendig behandling.

Formålet med anbringelsen, herunder særlige forhold vedrørende pleje og behandling, skal fremgå af den lovpligtige handleplan for anbringelsen.

Det følger således af det vidtgående ansvar for barnet eller den unge, som den anbringende kommune overtager ved anbringelsen, at kommunen om nødvendigt kan træffe afgørelse om undersøgelse og lægebehandling af barnet, herunder om indlæggelse til behandling på sygehus, såvel på somatisk som psykiatrisk afdeling.

Kommunen bør dog så vidt muligt træffe bestemmelse i forståelse med barnets forældre, ligesom forældremyndighedsindehaveren som klart udgangspunkt bør informeres i forbindelse med besøg på skadestue eller lignende.

Når barnet er anbragt udenfor hjemmet, afhænger det således af forholdene omkring den enkelte anbringelse, hvilke rettigheder og pligter forældremyndighedsindehaveren fortsat har.

Under barnets anbringelse er det anbringelsesstedet/plejeforældrene, som varetager den daglige omsorg for barnet. Det antages derfor, at beslutninger om mindre undersøgelser og mild medicinering vil kunne træffes af anbringelsesstedet.

Barnets plejeforældre har dog i relation til sundhedsretten ingen rettigheder over barnet, men de kan i et vist omfang varetage barnets forhold efter aftale med kommunen.

### **Tavshedspligt**

Det følger af Sundhedslovens § 40, at en patient har krav på, at sundhedspersoner iagttager tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold og øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger.

Helbredsforhold er oplysninger om en persons tidligere, nuværende og fremtidige fysiske og psykiske helbredsforhold. Oplysninger om rent private forhold kan være oplysninger om ægteskab, pårørende mv., og oplysninger om andre fortrolige forhold kan være oplysninger om indkomst, og sociale- og straffbare forhold.

### **Videregivelse af oplysninger**

Som en undtagelse til bestemmelsen i Sundhedslovens § 40 om tavshedspligt, kan sundhedspersoner i medfør af Sundhedslovens § 41 videregive oplysninger til andre sundhedspersoner i forbindelse med behandling. Der kan i medfør af § 41, stk. 1 videregives oplysninger med samtykke fra patienten til brug for behandlingen af patienten selv eller behandlingen af andre patienter.

Sundhedslovens klare udgangspunkt er derfor, at der skal gives samtykke, hvis sundhedsoplysninger videregives til andre sundhedspersoner til brug for sundhedsfaglig behandling.

Videregivelse af oplysninger til andre formål end behandling kan ske i medfør af Sundhedslovens § 43, når visse betingelser er opfyldt.

Videregivelse af sundhedsoplysninger til andre formål, kræver ligeledes som udgangspunkt samtykke fra patienten.

Hvis der ikke foreligger samtykke fra patienten, skal betingelserne i Sundhedslovens § 43, stk. 2, for videregivelse være opfyldt.

Ifølge Retssikkerhedslovens § 11a, stk. 1 kan myndigheden efter forudgående samtykke fra den, der søger om eller får hjælp, forlange, at andre offentlige myndigheder, herunder sygehuse, giver oplysninger om den pågældende, der er nødvendige for at behandle sagen. Det gælder også oplysninger om en persons rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, ligesom myndigheden kan indhente lægejournaler, sygehusjournaler eller udskrifter heraf.

Det er kommunens ansvar at indhente et samtykke fra borgeren, herunder en specificering af, hvilke oplysninger, der må indhentes, fra hvilken myndighed og til hvilket formål. Sygehuset skal således imødekomme kommunens anmodning, uden selv at indhente et samtykke fra patienten.

Kommunens tilkendegivelse om, at borgeren har afgivet et samtykke, er tilstrækkeligt. Sundhedspersonen skal således ikke anmode kommunen om at fremsende borgerens samtykkeerklæring og ej heller selv forsøge at indhente samtykke fra patienten.

Hvis kommunens anmodning ikke er tilstrækkelig specifik, bør sundhedspersonen i første omgang kontakte kommunen med henblik på at klarlægge, hvilke oplysninger, der anmodes om.

Dette fordi, at bestemmelsen forudsætter, at videregivne oplysninger skal være *nødvendige* for at behandle sagen.

Videregivelse af sundhedsoplysninger om mindreårige reguleres af Sundhedslovens § 17, stk. 3. Efter bestemmelsen kan et barn, der er fyldt 15 år, selv give samtykke til, at helbredsoplysninger mv. videregives i henhold til bestemmelserne i Sundhedslovens §41-49. Børn, der er fyldt 15 år, kan således selv give samtykke til, at deres helbredsoplysninger videregives til kommunen.

Hvis barnet er under 15 år, kræves samtykke til videregivelse fra forældremyndighedsindehaveren. Det antages, at det er tilstrækkeligt, at der foreligger samtykke til videregivelse fra den ene forældremyndighedsindehaver, selvom begge barnets forældre har del i forældremyndigheden, jf. Caroline Adolfsen, Mindreåriges retsstilling i relation til behandling, afsnit. 2.1.1.2.

Hvis barnets forældre har ophævet samlivet, indhentes samtykke fra bopælsforælderen.

Protesterer den anden forælder imidlertid mod videregivelsen, og har denne del i forældremyndigheden, kan oplysningerne ikke uden videre videregives.

Selvom barnet er anbragt udenfor hjemmet, er det fortsat forældremyndighedsindehaveren, som skal give samtykke til videregivelsen. Den anbringende kommune eller anbringelsesstedet/plejeforældrene indtræder ikke denne ret.

Det er muligt for sundhedspersoner efter bestemmelsen i Sundhedslovens § 43, stk. 2 og stk.3, at videregive oplysninger til andre formål end behandling, selvom der ikke foreligger samtykke fra barnets forældre eller barnet. F.eks. når det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysningen skal videregives, og oplysningen må antages at have væsentlig betydning for den modtagende myndigheds sagsbehandling jf. § 43, stk. 2, nr. 1.

En kommune har således mulighed for at indhente sundhedsoplysninger uden samtykke fra barnet og forældremyndighedsindehaveren efter bestemmelsen i retssikkerhedsloven § 11 c, stk. 1, nr. 1.

Bestemmelsen omhandler sager om særlig støtte til børn og unge efter Servicelovens kap. 11., når sagen drejer sig om sager uden forældresamtykke, samt i forbindelse med børnefaglige undersøgelser efter Servicelovens § 50.

### **Formkrav til samtykket**

Samtykke til at videregive oplysninger til brug for behandling er reguleret af Sundhedslovens § 42. Samtykke kan gives både mundtligt og skriftligt. Samtykket kan både gives til den person, som videregiver oplysningerne og til den person, som modtager oplysningerne. Det skal fremgå af sundhedsjournalen, at der er givet samtykke til videregivelse.

Samtykke til videregivelse af oplysninger til *andre formål* end behandling, reguleres af bestemmelsen i Sundhedslovens § 44.

Kravet til samtykke er i den situation skærpet på den måde, at der som udgangspunkt er krav om skriftlighed. Et samtykke til videregivelse til andre formål bortfalder senest et år efter, at det er givet.

Kravet om skriftlighed kan fraviges, hvis sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler derfor. Samtykket skal indføres i patientjournalen.

Det gælder generelt for et samtykke, at det skal være frivilligt, konkret og informeret.

Bevisbyrden for, at der er givet samtykke ligger hos myndigheden. Det kan af den grund være hensigtsmæssigt, at indhente et skriftligt samtykke også i situationer, hvor der ikke stilles krav om det.

I situationer, hvor det ikke er muligt at indhente samtykke, f.eks. på grund af en patients helbredstilstand, bør dette journalføres.

### **Indhentelse af sundhedsoplysninger**

Reglerne i Sundhedsloven om indhentelse og videregivelse af sundhedsoplysninger gælder for sundhedspersoner. Ved sundhedspersoner forstås både personer, der er sundhedsfagligt autoriserede til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der arbejder efter delegation fra en sundhedsperson.

Hvis andre faggrupper deltager aktivt i forbindelse med patientbehandlingen, kan de få adgang til patientoplysninger, der er relevante for udførelsen af deres opgave. Udgangspunktet er, at personen har adgang til de samme oplysninger, som den autoriserede sundhedsperson opgaverne udføres for. Det er en betingelse, at adgangen til at indhente sundhedsoplysninger er teknisk begrænset til den behandlingsenhed, hvor de er ansat.

Socialrådgiverfunktionen kan anses som en sundhedsfaglig opgave jf. § 6, når socialrådgivere udfører opgaver bl.a. i forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

Det er således relevant at foretage en konkret vurdering af den enkeltes funktion og rolle i forbindelse med patientbehandlingen.

Sundhedslovens § 42 a regulerer, hvilke personer, der ved opslag har adgang til at indhente elektroniske helbredsoplysninger mv.

Andre der udføre opgaver på vegne af en autoriseret sundhedsperson i forbindelse med den samlede sundhedsindsats, vil kunne indhente oplysninger med patientens samtykke jf. § 42 a, stk. 10.

Bemyndiges en ikke-autoriseret sundhedsperson til at udføre opgaver på vegne af en autoriseret sundhedsperson, vil sundhedsoplysninger kun kunne indhentes med patientens samtykke jf. § 42 a, stk. 11.

Kravet til samtykket fremgår i den situation af Sundhedslovens § 42 b. Der er ikke krav om, at samtykket afgives skriftligt, men den person, som er bemyndiget til at indhente oplysningen, skal sørge for, at denne har fået samtykke fra patienten til at indhente oplysningen, og at samtykket bliver tilført i patientjournalen.

### **Offentligt ansattes underretningspligt**

Ifølge Servicelovens § 153 stk. 1, nr. 2 er offentligt ansatte forpligtet til at underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet bl.a. får kendskab til eller grund til at antage, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold.

Videregivelsen sker altså i dette tilfælde på sundhedspersonalets eget initiativ og efter egen vurdering.

Der skal alene være tale om en antagelse, der er sagligt begrundet i barnets forhold, om at barnet kan have behov for særlig støtte. Det kræves således ikke, at der er kendskab til barnets forhold med sådan sikkerhed, at barnet eller den unge kan have behov for særlig støtte.

Sundhedspersonen kan fortsat efter underretningen iværksætte eller fortsætte sundhedsfaglige tiltag, som vurderes at være nyttige for forældrene og barnet.

Bestemmelsen omfatter alle vordende forældre, hvor der er anledning til bekymring for familiens situation og den indvirkning, det vil kunne få for barnets fremtidige livsvilkår. Bestemmelsen omfatter enlige gravide kvinder, gifte og samlevende par, uanset om der er tale om den biologiske far.

Formålet med bestemmelsen er at sikre, at kommunen er opmærksom på, at der er tale om en familie, der kan have behov for støtte og hjælp i tilfælde, hvor det må antages, at situationen vil få indvirkning på barnets situation, når det er kommet til verden. Der kan f.eks. være tale om, at lokalpsykiatrien bliver opmærksom på, at en patient med psykiske problemer er blevet gravid, eller at en kvinde med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne bliver gravid.

Det er ikke en betingelse, at vurderingen af familiens situation alene kan føre til foranstaltninger efter loven, men der skal være tale om problemstillinger i familien, der er af en sådan karakter, at det vurderes nødvendigt at handle i forhold til det, og hvor man ikke ved egen indsats er i stand til at afhjælpe problemerne.

Der bør forsøges indhentet samtykke inden underretningen foretages, så den så vidt muligt ikke skader et opbygget tillidsforhold mellem de vordende forældre og den fagperson, der vil underrette, eksempelvis en jordemoder eller læge.

Der skal ikke forsøges indhentet samtykke, såfremt underretningen drejer sig om en mistanke om overgreb, det være sig fysisk, psykisk og/eller seksuelt, begået af en eller flere forældre (jf. kommunernes beredskabsplan for definition af fysisk, psykisk og seksuelt overgreb).

Hvis et samtykke ikke kan opnås, skal der foretages en afvejning mellem på den ene side hensynet til disse og deres ret til privatliv, og på den anden side afgørende modstående hensyn til de vordende forældre selv og til barnet. Det skal indgå i overvejelserne, at fostre og spædbørn er særligt sårbare over for forældrenes forhold, og at den tidligere indsats er af afgørende betydning for barnets mulighed for en sund udvikling.

Der er ligeledes underretningspligt, hvis en sundhedsperson efter et barn er født, får kendskab til eller grund til at antage, at barnet har behov for særlig støtte, jf. bestemmelsens nr. 1.

Hvis fagpersoner har grund til at antage, at kommunalbestyrelsen ikke har foretaget eller truffet de i loven foreskrevne fornødne sagsbehandlingsskridt eller afgørelser i overensstemmelse med barnets bedste, kan disse i henhold til Servicelovens § 65 underrette direkte til Ankestyrelsen. Ankestyrelsen vurderer herefter, om der er grundlag for at tage sagen op. Der opfordres dog til, at tværfaglige løsninger forsøges indgået på baggrund af samarbejdsaftalen, således at underrettelse til Ankestyrelsen undgås.

### **Kommunal tilbagemelding.**

Kommunen skal jf. Servicelovens § 155 b, senest 6 hverdage efter modtagelsen af underretningen bekræfte modtagelsen af underretningen over for den fagperson, der har foretaget underretningen.

Herudover skal kommunen orientere underretteren om, hvorvidt der er iværksat en undersøgelse eller foranstaltninger vedrørende barnet, som underretningen vedrører. Der kan dog være særlige hensyn til barnet eller forældrene, som vil undtage denne regel.

Slutteligt kan kommunen på eget initiativ vælge at orientere underretteren om, hvilken type foranstaltning, der er iværksat, og om den planlagte varighed heraf, hvis oplysningen herom vil kunne have væsentlig betydning for den støtte, som den pågældende under udøvelse af hvervet eller tjeneste kan yde barnet. Denne regel kan ligeledes fraviges af særlige hensyn til barnet eller forældrene.

### **Journalføringsbekendtgørelsen.**

Ifølge journalføringsbekendtgørelsen § 29, stk. 2, skal patientjournalen indeholde optegnelser om, hvilke oplysninger, der er behandlet, herunder videregivet, til hvilket formål, til hvem og på hvilket grundlag.

For så vidt angår videregivelser med hjemmel i Retssikkerhedsloven, skal kommunens anmodning og den eventuelle korrespondance, der har fundet sted i forbindelse hermed, journalføres.

Ligeledes bør det journalføres, hvilken information, der er givet til patienten vedrørende videregivelsen.



## BILAG 4.0

# Samtykkeerklæring til netværksmøder

---

## Samtykkeerklæring

### Netværksmøder

I Familieambulatoriet er det vores erfaring, at vi kan sikre dig det bedste forløb, når vi har mulighed for at samarbejde med andre fagpersoner, som du og dit barn har haft eller får kontakt med. Det kan derfor være afgørende, at vi har mulighed for at videregive oplysninger om dig og dit barn med andre relevante fagpersoner og myndigheder. For at vi kan det, skal du give tilladelse til det.

Dette samtykke omhandler skriftlig videregivelse af relevante oplysninger i forbindelse med Familieambulatoriets netværksmøder.

Jeg (forældremyndighedsindehaver) giver tilladelse til, at Familieambulatoriet, Region Syddanmark, videregiver relevante oplysninger om mine / mit barns helbredsmæssige og sociale forhold samt andre fortrolige oplysninger, i det omfang det er nødvendigt.

Navn (mor):	Navn (far /medmor):
Mors cpr.nr.:	Fars cpr.nr.:
Barnets navn:	
Barnets cpr.nr.:	

Oplysningerne må videregives til relevante aktører i forbindelse med afholdelse af netværksmøder med følgende aktører: (angiv navn, afdelinger, og myndighed på de aktører, som deltager i mødet):

---

---

---

---

Samtykket omfatter videregivelse af følgende oplysninger (udfyldes af Familieambulatoriet Plus):

---

---

Dato

---

Underskrift

---

Dato

---

Underskrift

Samtykke kan til enhver tid tilbagekaldes. Samtykket gælder i et år, med mindre det tilbagekaldes inden.

Lovgrundlag:

Sundhedslovens § 41, § 42, § 43, stk. 1 og § 44, stk. 1 & 2.

Databeskyttelsesforordningen.

## BILAG 4.1

# Samtykkeerklæring til børneopfølgning

## Samtykkeerklæring

### Til børneopfølgning

I Familieambulatoriet er det vores erfaring, at vi kan sikre dig det bedste forløb, når vi har mulighed for at samarbejde med andre fagpersoner, og myndigheder som du og dit barn har haft eller får kontakt med. Det kan derfor være afgørende, at vi har mulighed for at indhente og videregive oplysninger om dig og dit barn med andre relevante fagpersoner og myndigheder.

Jeg (forældremyndighedsindehaver) giver tilladelse til, at Familieambulatoriet, Region Syddanmark, indhenter og videregiver relevante oplysninger om min/mits barns helbreds-mæssige og sociale forhold samt andre fortrolige oplysninger, i det omfang det er nødvendigt.

Navn (mor):	Navn (far/medmor):
Cpr.nr. (mor):	Cpr.nr. (far/medmor):
Barnets navn:	
Barnets cpr.nr.:	

#### Der må videregives oplysninger til:

- Daginstitution
- PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning)
- Kommunal myndighed på Børn- og Ungeområdet
- Behandlingsinstitutioner
- Andre sygehuse og/eller psykiatriske afdelinger (Inkl. E-Journal)
- Afdelingen for Kvindesygdomme og fødsler
- Sundhedsplejerske
- Praktiserende læge
- Plejefamilie
- Andre (angives hvilke)

#### Der må indhentes oplysninger fra:

- Daginstitution
- PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning)
- Kommunal myndighed på Børn- og Ungeområdet
- Behandlingsinstitutioner
- Andre sygehuse og/eller psykiatriske afdelinger (Inkl. E-Journal)
- Afdelingen for Kvindesygdomme og fødsler,
- Sundhedsplejerske
- Praktiserende læge
- Plejefamilie
- Andre (angives hvilke)

#### Samtykket omfatter udveksling af følgende oplysninger: (Udfyldes af Familieambulatoriet Plus)

--

\_\_\_\_\_

Dato

\_\_\_\_\_

Underskrift

\_\_\_\_\_

Dato

\_\_\_\_\_

Underskrift

**Samtykke kan til enhver tid tilbagekaldes. Samtykket gælder i et år, med mindre det tilbagekaldes inden.**

Lovgrundlag:

Sundhedslovens § 41, § 42, § 43, stk. 1 og § 44, stk. 1 & 2.

Databeskyttelsesforordningen.

## BILAG 4.2

# Samtykkeerklæring til familieambulatoriet – graviditet

## Samtykkeerklæring

### Graviditet

I Familieambulatoriet er det vores erfaring, at vi kan sikre dig det bedste forløb, når vi har mulighed for at samarbejde med andre fagpersoner, som du har haft eller får kontakt med i din graviditet. Det kan derfor være afgørende, at vi har mulighed for at videregive og indhente oplysninger om dig og dit barn med andre relevante fagpersoner og myndigheder. For at vi kan det, skal du give tilladelse til det.

Jeg (forældremyndighedsindehaver) giver tilladelse til, at Familieambulatoriet, Region Syddanmark, indhenter og videregiver relevante oplysninger om mine/ mit barns helbredsmæssige og sociale forhold samt andre fortrolige oplysninger, i det omfang det er nødvendigt.

Navn (mor):	Navn (far/medmor):
Cpr.nr. (mor):	Cpr.nr. (far/medmor):

#### Der må videregives oplysninger til:

- Kommunal myndighed på Børn- og Ungeområdet
- Jobcenter
- Andre sygehuse og/eller psykiatriske afdelinger
- Børne-og ungeafdelingen
- Sundhedsplejerske
- Kommunale behandlingscentre
- Andre (angives hvilke)

#### Der må indhentes oplysninger fra:

- Kommunal myndighed på Børn- og Ungeområdet
- Jobcenter
- Andre sygehuse og/eller psykiatriske afdelinger
- Sundhedsplejerske
- Kommunale behandlingscentre
- Andre (angives hvilke)

#### Samtykket omfatter udveksling af følgende oplysninger: (Udfyldes af Familieambulatoriet)

\_\_\_\_\_

Dato

\_\_\_\_\_

Underskrift

\_\_\_\_\_

Dato

\_\_\_\_\_

Underskrift

**Samtykke kan til enhver tid tilbagekaldes. Samtykket gælder i et år, med mindre det tilbagekaldes inden.**

Lovgrundlag:

Sundhedslovens § 41, § 42, § 43, stk. 1 og § 44, stk. 1 & 2.

Databeskyttelsesforordningen.

## BILAG 4.3

### Bilag til samtykkeerklæring

### – information om forældremyndighed og bopæl

---

#### Bilag til samtykkeerklæring: Information om forældremyndighed og bopæl

**Barnets navn:** \_\_\_\_\_

Bor barnet hos en anden?      Ja       Nej

Forældremyndighedsindehavere: Mor       Far       Begge       Andre: \_\_\_\_\_

---

Kontakt tlf.: \_\_\_\_\_      Må der sendes sms-reminder til dette nr.? Ja       Nej

Såfremt der sker adresseændringer, bedes I kontakte XXXXX

Der gøres opmærksom på, at psykologisk undersøgelse kan blive optaget på video til brug for psykologen i arbejdet med scoringen af undersøgelsen.

Dato \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

Dato \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

# BILAG 5

## Telefonbog for samarbejdet omkring Familieambulatorierne

---

Formålet med siden er at personale som samarbejder med kommunen og de regionale instanser omkring målgruppen for Familieambulatorierne, kan tilgå kontaktinformation om kommunen, samt holde kommunen orienteret omkring målgruppen.

Kontaktinformationen skal tilstræbt ikke være på individniveau – men på organisationsniveau, for at minimere antal kontaktindgange til forskellige organisationer.

Tværsæktorielt Samarbejde, Region Syd har ansvaret for at holde kommunernes overordnede kontaktside opdateret på sundhed.dk. Skulle der være ønske om ændringer på siden, sendes en mail til visinfosyd@sundhed.dk med rettelselser og link til tilbuddet.

Understående oplysninger kan findes opdateret via dette link til den fælles kontaktside på sundhed.dk:  
[www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-syddanmark/hospitaler/graviditet-og-barsel/familieambulatorierne](http://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/region-syddanmark/hospitaler/graviditet-og-barsel/familieambulatorierne)

### **Familieambulatorierne–telefonbog for Region Syddanmark**

*Familieambulatoriet er et udvidet tilbud til gravide og børn, som har særlige behov. Relevante kontaktoplysninger for samarbejdet omkring målgruppen for Familieambulatoriet er samlet her.*

#### **Målgruppen**

Familieambulatoriet er et udvidet tilbud til gravide og børn i Region Syddanmark. Målgruppen for Familieambulatorierne er:

- Gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol, og/eller andre rusmidler
- Børn fra fødsel til skolestart, som i fostertilværelsen har været eksponeret jf. inklusionskriterierne for alkohol, afhængighedsskabende medicin og/eller andre rusmidler.

Der er i Familieambulatorierne ansat en række fagpersoner, som alle ønsker at tilbyde den gravide og dennes familie bedst mulig støtte i og efter graviditeten med den hensigt at give barnet den bedste start på livet.

#### **Tilmelding og visitation**

Borgeren kan henvises af egen læge, fra kommunen eller fra sygehuse-/hospitalsafdelinger. Borgeren kan selv henvende sig.

Henvielse skal ske så tidligt i graviditeten som muligt.

**Find Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmark her: <https://www.regionsyddanmark.dk/wm477243>**

## Kontaktinformation til Familieambulatorierne

<p><b>Familieambulatoriet Odense</b> Odense Universitetshospital, Patienthotellet, 1. etage, indgang 1/2 J.B. Winsløvs Vej 4, 5000 Odense</p> <p>Telefon: 65 41 33 04 Mail: <a href="mailto:ouh.d.familieambulatoriet@rsyd.dk">ouh.d.familieambulatoriet@rsyd.dk</a> <a href="http://www.ouh.dk/wm338324">www.ouh.dk/wm338324</a></p>	<p><b>Familieambulatoriet Esbjerg</b> Sydvestjysk Sygehus, Fødegangen Finsensgade 35, 67 Esbjerg</p> <p>Telefon: 79 18 32 27 (8.00-15.00) Mail: <a href="mailto:svs-familieambulatoriet@rsyd.dk">svs-familieambulatoriet@rsyd.dk</a> <a href="http://www.sydvestjysksygehus.dk/wm399587">www.sydvestjysksygehus.dk/wm399587</a></p>
<p><b>Familieambulatoriet Kolding</b> Kolding Sygehus, Kolding Jordemoderkonsultation Skovvangen 2, 6000 Kolding</p> <p>Telefon: 76 36 24 68 Mail: <a href="mailto:slb-familieambulatorium@rsyd.dk">slb-familieambulatorium@rsyd.dk</a> <a href="http://www.sygehuslillebaelt.dk/wm388038">www.sygehuslillebaelt.dk/wm388038</a></p>	<p><b>Familieambulatoriet Aabenraa</b> Sygehus Sønderjylland, Kresten Philipsens Vej 15, 6200 Aabenraa</p> <p>Telefon: 79 97 23 80 (8.00-14.30) Mail: <a href="mailto:shs.familieambulatoriet@rsyd.dk">shs.familieambulatoriet@rsyd.dk</a> <a href="http://www.sygehussonderjylland.dk/wm356650">www.sygehussonderjylland.dk/wm356650</a></p>

## Kontaktinformation til kommunerne

Kommune	Afdeling	Telefon	Mail (bemærk. kan være mail til underretning)	kontaktside	Sundhedsplejen
Assens	Børn og Familie	64747517	<a href="mailto:assens@assens.dk">assens@assens.dk</a>	<a href="#">Klik her</a>	64746406
Billund	Familie- og Forebyggelsesstaben	79727200	<a href="mailto:familie@billund.dk">familie@billund.dk</a>	<a href="#">Klik her</a>	79727711 <a href="mailto:familie@billund.dk">familie@billund.dk</a>
Esbjerg	Familierådgivningen	76163508	<a href="mailto:familieraadgivningen@esbjergkommune.dk">familieraadgivningen@esbjergkommune.dk</a>	<a href="#">Klik her</a>	76163508
Fanø	Social og Myndighed	51856009	<a href="mailto:sikkerpost@fanoe.dk">sikkerpost@fanoe.dk</a>	<a href="#">Klik her</a>	27284638 <a href="mailto:hjh@fanoe.dk">hjh@fanoe.dk</a>
Fredericia	Familie og Børnesundhed	72107470	<a href="mailto:kommunen@fredericia.dk">kommunen@fredericia.dk</a>	<a href="#">Klik her</a>	
Faaborg-Midtfyn	Familie, børn og unge	72530530	<a href="mailto:fmk@fmk.dk">fmk@fmk.dk</a>	<a href="#">Klik her</a>	72536043 <a href="mailto:sundhedsplejen@fmk.dk">sundhedsplejen@fmk.dk</a>
Haderslev	Voksen- og Sundhedsservice	74343434	<a href="mailto:u@haderslev.dk">u@haderslev.dk</a>	<a href="#">Klik her</a>	74348110
Kerteminde	Børne- og Familieafdeling	65151515	<a href="mailto:born-og-unge@kerteminde.dk">born-og-unge@kerteminde.dk</a>	<a href="#">Klik her</a>	
Kolding	Familierådgivningen	79797979	<a href="mailto:soc@kolding.dk">soc@kolding.dk</a>	<a href="#">Klik her</a>	79792536 20361624
Langeland	Social- og Familieafdelingen	63516000	<a href="mailto:underretning@langelandkommune.dk">underretning@langelandkommune.dk</a>	<a href="#">Klik her</a>	<a href="mailto:sundhedsplejen@langelandkommune.dk">sundhedsplejen@langelandkommune.dk</a>

## BILAG 5 | TELEFONBOG FOR SAMARBEJDET OMKRING FAMILIEAMBULATORIERNE

---

<b>Middelfart</b>	Familieafdelingen	88885303	<a href="mailto:vagten.familieafdelingen@middelfart.dk">vagten.familieafdelingen@middelfart.dk</a>	<a href="#">Klik her</a>	88885332 <a href="mailto:malene.pandurochristensen@middelfart.dk">malene.pandurochristensen@middelfart.dk</a>
<b>Nordfyns</b>	Børn og Familie	64828150	<a href="mailto:bu@nordfynskommune.dk">bu@nordfynskommune.dk</a>	<a href="#">Klik her</a>	21720430 <a href="mailto:jli@nordfynskommune.dk">jli@nordfynskommune.dk</a>
<b>Nyborg</b>	Børn, unge og familie	63337000	<a href="mailto:kommune@nyborg.dk">kommune@nyborg.dk</a>	<a href="#">Klik her</a>	63336857
<b>Odense</b>	Socialcentret Visitationen	65518500	<a href="mailto:budigital.buf@odense.dk">budigital.buf@odense.dk</a>	<a href="#">Klik her</a>	65515608 <a href="mailto:sundhedsplejen@odense.dk">sundhedsplejen@odense.dk</a>
<b>Svendborg</b>	Familieafdelingen	62234600	<a href="mailto:familieafdelingen@svendborg.dk">familieafdelingen@svendborg.dk</a>	<a href="#">Klik her</a>	62234070 <a href="mailto:sundhedsplejen@svendborg.dk">sundhedsplejen@svendborg.dk</a>
<b>Sønderborg</b>	Børn og Familie	88724242	<a href="mailto:modtagelsen@sonderborg.dk">modtagelsen@sonderborg.dk</a>	<a href="#">Klik her</a>	27905546
<b>Tønder</b>	Familie og Børn	74929292	<a href="mailto:underretning@toender.dk">underretning@toender.dk</a>	<a href="#">Klik her</a>	24433685 <a href="mailto:marber@toender.dk">marber@toender.dk</a>
<b>Varde</b>	Børn og Forebyggelse visitation	79947828	<a href="mailto:bof@varde.dk">bof@varde.dk</a>	<a href="#">Klik her</a>	
<b>Vejen</b>	Familie, børn og unge	79966365	<a href="mailto:mbes@vejen.dk">mbes@vejen.dk</a>	<a href="#">Klik her</a>	79966471
<b>Vejle</b>	Sundhedsplejen	76415639	<a href="mailto:sundhedsplejen@vejle.dk">sundhedsplejen@vejle.dk</a>	<a href="#">Klik her</a>	76415639 <a href="mailto:sundhedsplejen@vejle.dk">sundhedsplejen@vejle.dk</a>
<b>Ærø</b>		63525000	<a href="mailto:post@aeroekommune.dk">post@aeroekommune.dk</a>	<a href="#">Klik her</a>	
<b>Aabenraa</b>	Børn og Familie Myndighedsafdelingen	73767194	<a href="mailto:underretning@aabenaar.dk">underretning@aabenaar.dk</a>	<a href="#">Klik her</a>	73767002 <a href="mailto:sundhedsplejen@aabenaar.dk">sundhedsplejen@aabenaar.dk</a>

### Øvrig kontaktinformation i Region Syddanmark

**Kommunerne:** [Find kontaktoplysninger til kommunernes sundhed.dk side vedr. familieambulatoriet](#)

**Psykiatrien:** [Se kontaktoplysninger til psykiatrien i Region Syddanmark her](#)

**Fødeafdelinger:** [Se kontaktoplysninger til fødeafdelinger i Region Syddanmark her](#)

**Almen praksis:** [Se kontaktoplysninger til de praktiserende læger i Region Syddanmark her](#)

**Misbrugscentre:** [Se kontaktoplysninger til misbrugscentre i region Syddanmark her](#)

## BILAG 6

# Arbejdsgruppens medlemmer

Navn	Titel	Organisation
Anne Uller (medformand)	Chefjordemoder	Kvindesygdomme og fødsler, Sygehus Lillebælt
Bettina Brøndsted (medformand)	Leder	Børne- og ungerådgivningen, Odense Kommune
Inge Olga Ibsen	Overlæge og leder	Familieambulatoriet – OUH
Veronica Tovar Poulsen	Overlæge	Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D - OUH
Gitte Telling	1. reservelæge	Sygehus Sønderjylland
Eva Charlotte Engsted Kiib	Børnelæge	Familieambulatoriet – Sydvestjysk Sygehus
Bente Heidi Nielsen	Socialrådgiver	Lokalpsykiatri Kolding – Psykiatrisygehuset
Jette Asmussen	Overlæge	Ambulatorium – Psykiatrisygehuset
Michela Siff Wedel Dalsgaard	Socialrådgiver & koordinator	Familieambulatoriet – Sygehus Lillebælt
Tina Wenstrøm Vedstesen	Socialrådgiver	Børne- og Ungeafdelingen, Mor-Barn Centret, Familieambulatoriet, Sydvestjysk Sygehus
Christina Heldarskard	Socialrådgiver	H.C. Andersens Børnehospital – OUH
Tanja Nørgaard Vinsten	Psykolog	Familieambulatoriet - OUH
Annette Jensen	Ledende sundhedsplejerske	Sundhedsplejen, Aabenraa Kommune
Tine Skov-Carlsen	Sundhedsplejerske	Brørup Sundhedscenter, Vejen Kommune
Else Marie Rask Larsen	Ledende sundhedsplejerske	Fredericia Kommune
Ina Lorenzen Kier	Afdelingsleder	Rådgivningscenter Tønder Misbrug, Tønder Kommune
Peter Bloch-Sørensen	Centerleder	Misbrugscenter Vejle, Social- og psykiatridelingen, Vejle Kommune
Anne Dorte Bloch	Afsnitsleder	Familieafdelingen, Kolding Kommune
Kenneth Røn Christiansen	Afdelingsleder	Afdelingen for Børn og Familie, Assens Kommune
Annemarie Heinsen	AC-fuldmægtig	Praksisafdelingen, Regionshuset
Gökhan Dinc	Jurist	Direktionssekretariatet, Regionshuset
Sanne Glad Selander	Jurist	Direktionssekretariatet, Regionshuset
Christine Lund Momme (sekretær)	Specialkonsulent	Tværasektorielt Samarbejde, Regionshuset
Magnus Falby (sekretær)	Konsulent	Tværasektorielt Samarbejde, Regionshuset
Ida Bohn (sekretær)	Proceskonsulent	Børn- og Ungeforvaltningen – Odense Kommune
Katrine Iwersen (sekretær)	Praktikant	Børn- og Ungeforvaltningen – Odense Kommune



## BILAG 7

# Høringsparter

---

Følgende parter har haft samarbejdsaftalen i høring i oktober-november 2017:

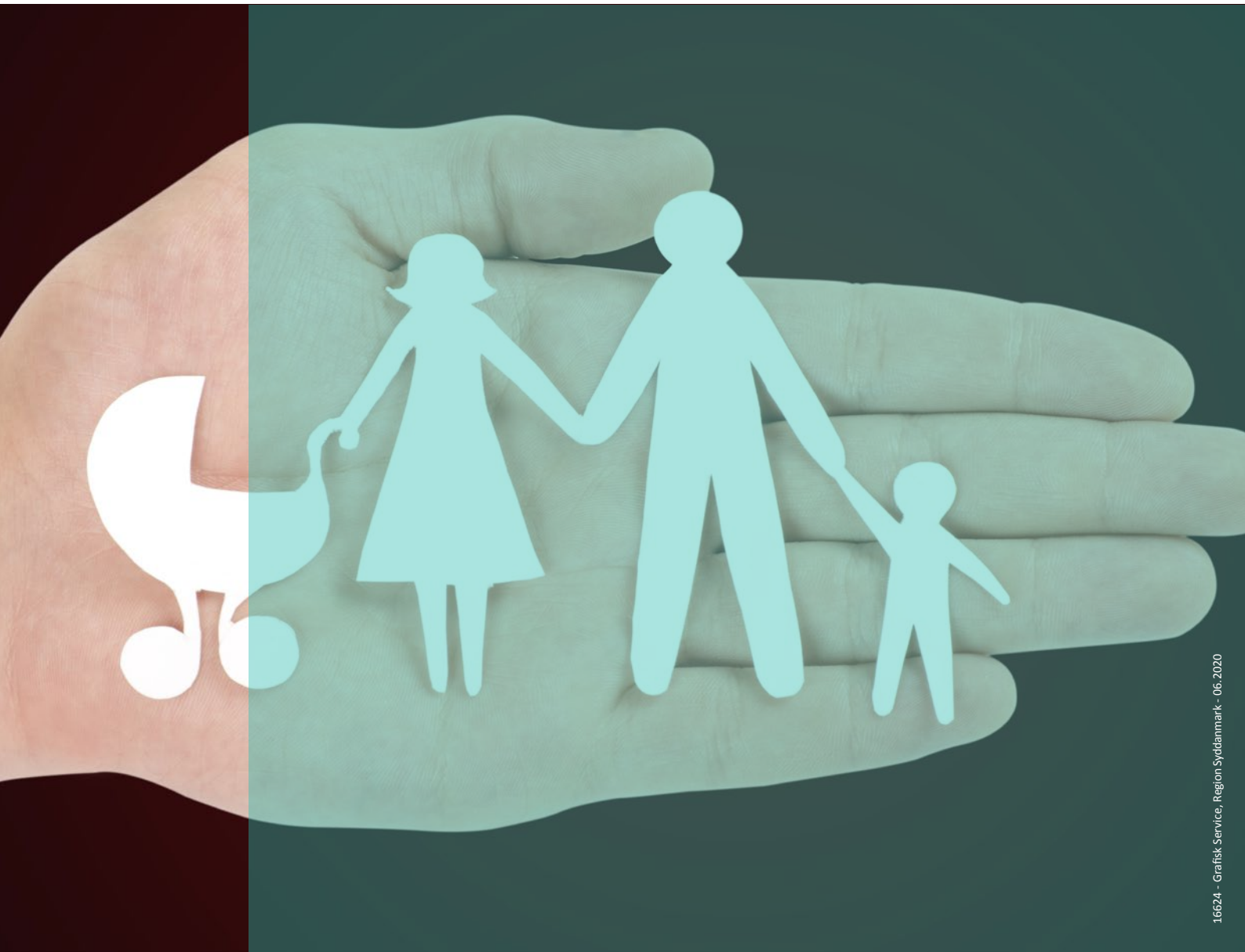
Sygehusene i Region Syddanmark (Fødeafdelinger, Familieambulatorier, Børneafdelinger)

Psykiatrisygehuset

De syddanske kommuners sundhedsområde, familieafdelingerne, myndighedsområdet for børn og unge, misbrugscentre/misbrugsområdet

Praktiserende Lægers Organisation i Region Syddanmark

Region Syddanmark  
Damhaven 12 . 7100 Vejle  
Telefon 7663 1000  
regionsyddanmark.dk



16624 - Grafisk Service, Region Syddanmark - 06.2020

Region Syddanmark og de 22 kommuner





Samarbejdsaftale

vedrørende sårbare gravide



Region Syddanmark og de 22 kommuner

19. december 2017



**TITEL**

Samarbejdsaftale vedrørende  
sårbare gravide

**UDGIVELSESDATO**

Februar 2018

**UDGIVET AF**

Region Syddanmark  
Damhaven 12  
7100 Vejle  
Telefon 7663 1000



# Indholdsfortegnelse

---

<b>4</b>	<b>Formål med samarbejdsaftalen</b>
4	Baggrund
4	Ramme
4	Værktøj
<b>5</b>	<b>Målgruppen</b>
<b>7</b>	<b>Principper for samarbejdet</b>
<b>8</b>	<b>Lovgivning</b>
8	Tavshedspligt og samtykke - Sundhedspersonale - Sundhedsloven
8	Anmodning om oplysning - Retssikkerhedsloven
8	Underretningspligt og udvidet underretningspligt inkl. kommunal tilbagemelding - Serviceloven
8	Journalføringspligt - Journalføringsbekendtgørelsen
<b>10</b>	<b>Tværasektorielt samarbejde og ansvarsfordeling</b>
10	Den praktiserende læges ansvar og opgave
10	Sygehusets ansvar og opgave
11	Oversigt over graviditets-, barsel- og udskrivelsesforløb
12	Kommunernes ansvar og opgave
12	Fælles ansvar og opgaver på tværs
13	Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel
<b>14</b>	<b>Implementering</b>
<b>15</b>	<b>Økonomiske og kapacitetsmæssige aspekter</b>
16	Bilag 1: Arbejdsgruppens medlemmer
17	Bilag 2: Høringsparter
18	Bilag 3: Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset
19	Bilag 4: Oversigt over gældende lovgivning på området
<b>22</b>	<b>Bilag 5: Niveauinddeling i svangreomsorgen</b>



# Formål med samarbejdsaftalen

---

I sundhedslovens § 203-205 pålægges regioner og kommuner at koordinere indsatsen i forhold til børn og unge. Børne- og familieperspektivet er udgangspunktet for samarbejdet med familien, hvor faglig og personlig forskellighed må anvendes konstruktivt i samarbejdet med og om familien. Det enkelte tilfælde definerer udgangspunktet og fokus for indsatsen.

Denne samarbejdsaftale sætter rammen omkring det tværsektorielle samarbejde i Region Syddanmark, som vedrører alle aktører i svangreomsorgen og forebyggende indsatser for børn og unge, som møder de sårbare gravide (praktiserende læge, jordemødre, fødsels- og barselsafsnit, Familieafdeling (myndighed) sundhedspleje og andre relevante aktører).

Særligt er der fokus på samarbejdet mellem det sundhedsfaglige og det socialfaglige område, hvor samarbejdsaftalen bygger på et fælles sprog, som tager udgangspunkt i barnets tarv. Der arbejdes for en ensretning i hele Region Syddanmark, og en aftale, der kan fungere med respekt for de enkelte kommuner og fødesteders organisering.

## Baggrund

I Sundhedsaftalen 2015-2018 for Region Syddanmark og de 22 syddanske kommuner, er det indskrevet, at: *“Der skal med inddragelse af socialfaglige kompetencer indgås en samarbejdsaftale om gravide med særlige behov. Herunder aftales fælles praksis omkring underretning og inddragelse af fødestedets personale i børnefaglige undersøgelser”<sup>1</sup>.*

Der har ikke tidligere mellem de forskellige kommuner, samt mellem kommuner og fødesteder, eksisteret en aftale om, hvilke oplysninger en kommunal Familieafdeling (myndighed) kan anmode om fra fødestederne, og hvordan dette skal foregå. Ligeledes har der heller ikke tidligere fra fødestederne været enighed omkring, hvordan og i hvilket omfang, der skal udleveres oplysninger om mor og barn.

Der har fra kommunal side været eksempler på anmodninger om information, der ligger ud over sundhedspersonalets kompetencer og rammer (blandt andet anmodning om mor-barn observationer, herunder mors evne til tilknytning, vurdering af forældreevne og længere forløbsbeskriver). Fra fødestedernes side har der været eksempler på at overinformere og/eller at forsøge at udtale sig om forhold, hvor der ikke har været et reelt grundlag for udtalelsen på baggrund af meget kortvarig observation. De involverede parter har arbejdet efter bedste hensigter, men det har været udfordrende at koble krav og forventninger fra en part med realistiske og dækkende tilbagemeldinger fra en anden part. Derfor har en forventningsafstemning og ensretning på dette område været efterspurgt.

Arbejdsgruppen for nærværende samarbejdsaftale kan ses i bilag 1. Høringsparter kan ses i bilag 2.

## Ramme

Samarbejdsaftalens ramme er Fødeplanen i Region Syddanmark af 2014, Barnets reform af 2011, Overgrebspakken af 2013, Servicelovens § 153, Vejledning om sundhedspersoners underretningspligt over for kommunen af 2010, Sundhedsstyrelsens Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge fra 2011 samt Samarbejdsaftalen mellem kommuner, almen praksis, og Familieambulatoriet i Region Syddanmark omkring gravide med risikoforbrug af alkohol, rusmidler og/eller vanedannende medicin af 2012 (bliver revideret i efteråret 2017).

## Værktøj

Der er udarbejdet følgende værktøjer i forbindelse med samarbejdsaftalen:

1. Skabelon: Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel (bilag 3)
2. Oversigt over gældende lovgivning på området (bilag 4)
3. Oversigt over graviditet-, barsel- og udskrivelsesforløb (side 11)

<sup>1</sup> Sundhedsaftalen for Region Syddanmark og de 22 kommuner (<https://www.rsyd.dk/wm277954>).



# Målgruppen

---

I Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for svangreomsorgen" af 2013 anbefales en niveaudeling af svangreomsorgen og det tværfaglige samarbejde med henblik på at sikre den gravide den nødvendige støtte og omsorg i forhold til såvel obstetriske/fysiske/somatiske som sociale og psykiske risikofaktorer. En beskrivelse af niveauinddelingen kan ses i bilag 5.

Denne samarbejdsaftale omhandler alle gravide - uanset niveau - hvor der er en bekymring for barnets trivsel, som medfører en underretning. I praksis vil det oftest være gravide fra niveau 3 og 4, men gravide fra niveau 1 og 2 må ikke overses.







# Principper for samarbejdet

---

I Servicelovens § 46 og med Barnets Reform af 2011 ligger der en kommunal forpligtelse til at gøre en særlig indsats i forhold til gravide og familier, hvor der måtte være en bekymring omkring barnets trivsel. Det er kommunen, som har myndighedsforpligtelsen på området, og formålet med at yde støtte til børn og unge, der har et særligt behov herfor, er at sikre, at disse børn og unge kan opnå de samme muligheder for personlig udvikling, sundhed og et selvstændigt voksenliv som deres jævnaldrende.

Samarbejdet med sundhedsvæsenet omkring graviditet, fødsel og barsel er et vigtigt element i den kommunale sagsbehandling. Samarbejdet skal foregå på tværs af det sundhedsfaglige og det socialfaglige felt. Det er et komplekst område, som stiller krav om høj faglighed, juridisk forståelse og et tæt samarbejde mellem de relevante aktører.

Et bærende element i Barnets Reform er det menneskesyn, der ligger til grund for reformen, nemlig at barnet skal være i centrum, og at barn og forældre skal anses for at være aktører i deres eget liv. Derfor er tilgangen til undersøgelsen, at processen bør være lige så vigtig som resultatet. Det vil sige, at undersøgelsen skal betragtes som et stykke socialt arbejde i sig selv. Her arbejder man med, at familien så vidt muligt gennemløber en erkendelsesproces og får støtte til forandring af de problemer, der kan løses under selve processen<sup>2</sup>. Inddragelsesbegrebet forstås ud fra et interaktivt perspektiv - og undersøgelsen skal så vidt det er muligt laves i samarbejde med forældrene/de vordende forældre.

Jf. bilag 4 (juridisk notat), er offentligt ansatte forpligtet til at underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet bliver bekymret for et kommende barns trivsel. Dette gælder alle fagpersoner, gerne tidligt i et (graviditets)forløb, når der opstår kendskab til eller grund til at antage, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold.

Den lovmæssige ramme for udarbejdelse af børnefaglig undersøgelse er op til 4 måneder. Inden der træffes afgørelse om foranstaltning/indsats skal der foreligge en socialfaglig handleplan.

Det er dog ikke i alle tilfælde, at graviditeten kendes tidligt. Derfor er det heller ikke muligt at sætte faste rammer for afholdelse af evt. netværksmøder eller for, hvornår i løbet af en graviditet en socialfaglig handleplan skal ligge klar, men det tilstræbes fra alle parter at samarbejde om at skabe en hurtig og grundig proces.

Sagsbehandler i Familieafdelingen (myndighed) har ansvaret for, at den konkrete handleplan bliver udformet og er klar i god tid før fødslen. Alternativt udarbejdes der foreløbig handleplan og afgørelse. Det er intentionen at kommunikere relevant information angående implementering/omsætning af den socialfaglige handleplan ud til relevante samarbejdspartnere, herunder kommunikation til fødsels- og barselsafsnit samt sundhedsplejen om eventuel hensynstagen ved/efter fødsel.

Modtager på fødestedet er ifølge loven forpligtiget til at journalføre denne viden, således at det tydeligt fremgår, hvorledes personalet i tilknytning til føde- og barselsafsnit skal forholde sig omkring familien.

Der kan af alle parter indkaldes til netværksmøder efter behov.



# Lovgivning

---

Lovgivningen på områdes dækkes primært af:

- Sundhedsloven
- Retssikkerhedsloven
- Serviceloven
- Journalføringsbekendtgørelsen

Nedenstående er en kort sammenskrivning af den gældende lovgivning. Der henvises til bilag 4 for præcisering og uddybning.

## Tavshedspligt og samtykke

### - Sundhedspersonale - Sundhedsloven

Medarbejdere, der arbejder under sundhedsloven har tavshedspligt, og derfor kan videregivelse af oplysninger kun ske med samtykke fra patienten. Det er den enkelte afdeling, der indhenter samtykke til relevante samarbejdsparter, dette kan ske både i situationer med og uden underretning.

Videregivelse af information uden samtykke kan ske, når oplysningen antages at have væsentlig betydning for modtagende myndigheds sagsbehandling. Man skal dog stadig forsøge at opnå samtykke eller så vidt muligt orientere forældrene herom. Orientering kan ske telefonisk, via e-Boks eller brev. Det skal journalføres, når og hvordan forældrene er blevet orienteret samt deres reaktion herpå. Desuden bør det fremgå af journalen, hvilke oplysninger, der er videregivet, i henhold til hvilken lovgivning samt med hvilket formål (se bilag 3).

## Anmodning om oplysninger

### - Retssikkerhedsloven

Familieafdelingen (myndigheden) kan forlange, at andre offentlige myndigheder, herunder autoriserede sundhedspersoner, giver oplysninger, der er nødvendige for behandlingen af sagen, herunder læge- og sygehusjournaler. Dette kan ske med eller uden samtykke for borgeren, jf. sundhedsloven og retssikkerhedsloven (se bilag 4 for uddybning).

## Underretningspligt og skærpet underretningspligt inkl. kommunal tilbagemelding

### - Serviceloven

En underretning betegnes som en henvendelse, der indeholder en bekymring for et barns trivsel og udvikling, herunder også i fostertilstanden. En underretning kan være en oplysning om bekymring fra en fagperson eller en privat borger. Der er ingen formelle krav til formen i en underretning, og der kan underrettes telefonisk eller skriftligt. Der kan også underrettes anonymt. Hvis underretningen modtages mundtligt, har den kommunalt ansatte notatpligt. Hvis underretteren er kendt, er identiteten af denne ligeledes notatpligtigt.

Fagpersoner har en skærpet underretningspligt, der går forud for tavshedspligten. Dette gælder blandt andet praktiserende læge, jordemoder, syge- og sundhedsplejerske, som har skærpet underretningspligt hvis de får **kendskab** til eller grund til at **antage**, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte.

Familieafdelingen (myndigheden) skal kvittere for underretningen inden for 6 dage, samt orientere om, hvorvidt der er iværksat undersøgelse/foranstaltning, og Familieafdelingen kan orientere om type af foranstaltning.

Hvis der fortsat er en bekymring eller fremkommer nye, bekymrende oplysninger, skal der underrettes igen, også hvis den første underretning ikke har ført til videre sagsbehandling i kommunen.

I tilfælde af, at der under forløbet er tvivl om, hvorvidt en underretning/børnefaglig undersøgelse er i proces, opfordres man til at kontakte den ansvarlige myndighed.

## Journalføringspligt

### - Journalføringsbekendtgørelsen

Patientjournalen skal indeholde optegnelser over, hvilke oplysninger, der er videregivet, til hvilket formål, til hvem og i henhold til hvilken lovgivning (se bilag 3).

Der er ingen formkrav til en underretning fra fagprofessionelle, men i henhold til serviceloven og sundhedsloven anbefales det at:

- Underretningen er skriftlig
- Der underrettes digitalt ved udfyldelse af underretningsskabelon (eventuelt via den pågældende kommunes hjemmeside eller via sikker mail til kommunen)
- Underretteren er navngiven
- Der så vidt muligt indhentes samtykke fra forældrene, hvilket journalføres
- Forældrene får mulighed for at udtale sig i forbindelse med underretningen (dog ikke ved mistanke om overgreb)
- Den person, der foretager underretningen har orienteret forældre og eventuelt udleveret eller eftersendt en kopi af underretningen (forældrene skal ikke være enige i underretningen, men så vidt muligt orienteres inden underretningen sendes).

Det faglige indhold i underretningen bør inkludere følgende:

- Hvad er anledningen til underretningen
- "Hvad har jeg set og hørt" - beskriv hvad der er sagt, sket og observeret. Undlad at fortolke.
- Beskriv familiens situation
- Hvor længe har forholdet stået på
- Beskriv forældrenes reaktion på underretningen, såfremt de er orienteret



# Tværasektorielt samarbejde og ansvarsfordeling

---

## Den praktiserende læges ansvar og opgave

De fleste gravide henvender sig til praktiserende læge ved erkendt graviditet. For denne målgruppe kan der dog også være andre veje ind i svangreomsorgen, eksempelvis via kommunal behandlingsenhed. Praktiserende læge udarbejder svangrepapirer med grundig baggrundsinformation, såfremt patienten henvender sig og er indforstået. På baggrund heraf kategoriserer praktiserende læge indledningsvis den gravide i en af de fire niveauer i svangreomsorgen. Svangrepapirerne sendes til sygehuset, hvor de danner baggrund for tidlig og korrekt visitation til svangreomsorgens niveau 1-4 (se bilag 5). Visitationen på sygehuset kan supplere og justere niveauinddelingen ved behov.

Praktiserende læger og ansatte i praksis er forpligtet til at underrette til den kommunale familieafdeling (myndighed) ved bekymring om et barns trivsel og udvikling. Dette gælder også under graviditet, både i forhold til bekymring for barnet i fostertilstanden eller bekymring for familien/barnet efter fødslen. Ved gentagne udeblivelser eller fravalg af forebyggende tilbud, overvejes der, om der er baggrund for en underretning.

## Sygehusets ansvar og opgave

Den gravide visiteres til forløb i svangreomsorgen blandt andet på baggrund af information i svangrepapirer. Antal konsultationer bestemmes i forhold til den gravides psykosociale og sundhedsmæssige baggrund.

Jordemoder sender en meddelelse til den kommunale sundhedspleje om forventet fødsel. Jordemoder sender besked til den kommunale sundhedspleje så tidligt som muligt, gerne ved første jordmoderkontakt, hvis der er behov for besøg under graviditeten.

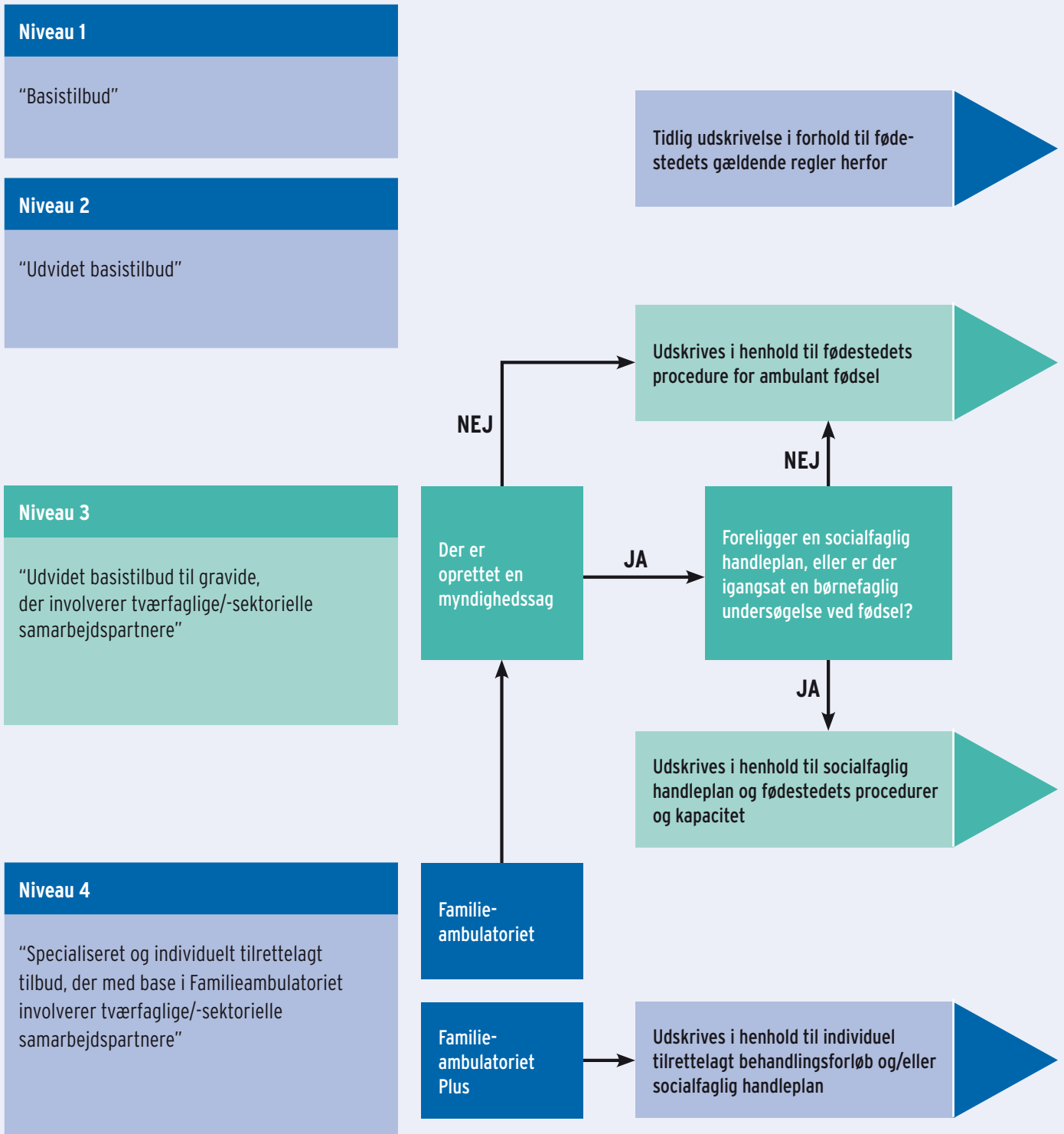
I Region Syddanmark finder barselsperioden sted i hjemmet, hvis graviditet og fødsel har været ukompliceret, hvilket betyder, at ca. halvdelen af de fødende udskrives indenfor 24 timer. Sygehuset forsøger så vidt muligt at imødekomme Familieafdelingens ønske om indlæggelse efter fødsel, og det sociale element indgår i den samlede faglige vurdering af behandlingen. Sygehuset kan dog grundet kapacitetsudfordringer ikke garantere indlæggelse alene på baggrund af socialfaglige omstændigheder. Dog kan sygehuset foretage en faglig vurdering på baggrund af mor og/eller barns medicinske, obstetriske, sociale og/eller psykologiske forhold, som kan resultere i indlæggelse. Se oversigt over graviditets-, barsels- og udskrivelsesforløb på næste side.

Sundhedspersonalet er forpligtet til at samarbejde med socialrådgiver fra Familieafdelingen (myndighed) omkring både bidrag til børnefaglig undersøgelse og implementering af socialfaglig handleplan i det omfang, det er muligt i forhold til den sundhedsfaglige behandling af familien.

Alt fagpersonale, der møder den gravide kvinde/familien gennem forløbet, er forpligtet til at underrette til den kommunale familieafdeling (myndighed) ved bekymring for barnets trivsel og udvikling. Dette gælder også under graviditet, både i forhold til bekymring for barnet i fostertilstanden eller bekymring for familien/barnet efter fødslen. Ved gentagne udeblivelser eller fravalg af forebyggende tilbud, overvejes det, om der er baggrund for en underretning.

# Oversigt over graviditets-, barsels- og udskrivelsesforløb

Afhængig af niveauinddeling under graviditet og hvorvidt der er etableret tværsektorielt samarbejde følger en gravid/barslende nedenstående flow.





## Kommunernes ansvar og opgave

Med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov oprettes der, på baggrund af Sundhedslovens § 123, en tværfaglig gruppe i kommunen.

Denne tværfaglige gruppe skal sikre, at det enkelte barns udvikling, sundhed og trivsel fremmes. Med deltagelse af sundhedspersonale sikres det, at indsatsen, ud over socialfaglig bistand, også inddrager sundhedsmæssige perspektiver i den samlede indsats.

Ledelsen af den kommunale sundhedstjeneste udarbejder i samarbejde med socialforvaltningen klare retningslinjer for viderevisitation af børn og unge fra den kommunale sundhedstjeneste til andre fagpersoner, samt lokale retningslinjer for samarbejdet i den lovpligtige tværfaglige gruppe<sup>3</sup>. Som supplement eller erstatning herfor er det muligt at benytte § 11 i Serviceloven. 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. Børne- og familieperspektivet er udgangspunktet for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde<sup>4</sup>.

## Sundhedsplejen

Sundhedsplejersken tilrettelægger sine sundhedsfremmende og forebyggende ydelser, så gravide og børn med særlige behov tilgodeses med ekstra besøg ved behov<sup>5</sup>. Herunder tilrettelægges indsatsen således, at den søger at udligne ulighed i sundhed.

Gravide med særlige behov vil oftest være i kontakt med sundhedsplejen allerede i graviditeten således, at der tidligt i forløbet kan ydes støtte og rådgivning. Hvis ikke der allerede er andre samarbejdspartnere omkring den gravide, vurderer sundhedsplejen, om der er et behov for et koordineret samarbejde med andre relevante fagpersoner og kontakter disse, så familien kan få yderligere hjælp og støtte.

Sundhedsplejersken er forpligtet til at underrette den kommunale familieafdeling (myndighed) ved bekymring om et barns trivsel og udvikling. Dette gælder også under graviditet, både i forhold til bekymring for barnet i fostertilstanden eller bekymring for familien/barnet efter fødslen. Ved gentagne udeblivelser eller fravalg af forebyggende tilbud overvejes det, om der er baggrund for en underretning.

## Familieafdelingen (myndigheden)

Efter at have modtaget en underretning undersøger Familieafdelingen de vordende forældres forhold nærmere, hvis det må antages, at der kan opstå et behov for særlig støtte til et barn umiddelbart efter fødslen. Familieafdelingen skal som led i undersøgelsen inddrage fagfolk - uanset organisatorisk tilhørsforhold - som allerede har viden om barnets og familiens forhold. Undersøgelsen, der betegnes som en børnefaglig undersøgelse, skal afsluttes senest 4 måneder efter, at kommunen bliver opmærksom på, at et barn kan have behov for særlig støtte.

Familieafdelingen er forpligtiget til at udarbejde en socialfaglig handleplan, der tager udgangspunkt i resultaterne af den børnefaglige undersøgelse. Handleplanen skal angive formålet med indsatsen. I sager, hvor der ikke udarbejdes børnefaglig undersøgelse samt hermedfølgende handleplan, kan familien tilbydes et forløb med indsats efter Servicelovens § 11.

## Fælles ansvar og opgaver på tværs

Alle faggrupper er forpligtet til at samarbejde til gavn for barnet. Der opfordres til at søge fælles løsninger. Alle parter er forpligtet til at tage initiativ til yderligere kommunikation (pr. mail og telefon) ved behov, med henblik på at undgå misforståelser. Alle parter kan opfordre til tværfaglige netværksmøder ved behov. Det anbefales som udgangspunkt i videst muligt omfang at inddrage de vordende forældre i alle møder med respekt for det menneskesyn, som er grundlæggende for Barnets Reform.

<sup>3</sup> Sundhedsloven § 123 "Kommunalbestyrelsen opretter med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov en tværfaglig gruppe, der skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab."

<sup>4</sup> Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge, 2011.

<sup>5</sup> Sundhedsloven § 122

## Kommunikation

Når de syddanske kommuner sender en anmodning til et sygehus, anvendes sikker e-mail med anmodningen vedhæftet. Når sygehuset skal besvare anmodningen, gøres dette med journalførte oplysninger.

Oplysningerne fra journalen sendes via sikker e-mail til den kommunale Familieafdeling (myndighed).

I det lokale samarbejde udveksles relevante kontaktinformationer eller i hvert patientforløb aftales det indledningsvist, hvilken kontaktform, der benyttes.

Der er flere indgange til kommunen, alt efter om der er tale om sundhedsplejen eller Familieafdelingen (myndigheden). Tilsvarende vil der være forskellige indgange til sygehusene, alt efter om der er tale om graviditet, fødsel eller barsel. Dette understreger vigtigheden af, at der i de enkelte forløb er let tilgængelige og tydelige kontaktinformationer på de involverede parter.

## Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel

Kommunens familieafdeling (myndighed) kan altid bede om relevante oplysninger fra sundhedspersonale i forbindelse med fødsel og barsel. Dette behøver ikke kun at være i forbindelse med en § 50 børnefaglig undersøgelse - det kan også være i andre sammenhænge, der ligger forud for eller efter en børnefaglig undersøgelse.

### Formålet med skabelonen

Der er udarbejdet en skabelon til anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel. Skabelonen skal bidrage til juridisk korrekt kommunikation og samtidig understøtte det sammenhængende patientforløb. Se skema til anmodninger om oplysninger i bilag 3.

### Der kan eksempelvis anmodes om:

- Besked ved fødsel
- Besked/invitation til udskrivelsesmøde
- Journalførte oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset
- Lægeerklæring

Kommunen skal være meget specifik i forhold til, hvilke forhold der ønskes oplysninger om - med opmærksomhed på, at plejepersonalet tilbringer begrænset tid hos den gravide/fødende/hybagte mor, og at der ofte er skiftende/ikke kontinuerligt personale hos familien i løbet af indlæggelsesperioden.

Sundhedspersonalet skal kun beskrive det, som de ser, der er relevant og nødvendigt i forhold til den sundhedsfaglige behandling, og ikke lave fortolkninger eller vurderinger. Sygehuset må kun sende de oplysninger kommunen beder om (se bilag 4).

Samtidig gøres der opmærksom på, at sygehuset ikke er forpligtet til at imødekomme anmodninger om mor-barn observationer og vurdering af forældre-evne.

Familieafdelingen (myndigheden) kan sende en kommunal fagperson til at foretage yderligere observation af de ønskede forhold hos familien, også mens denne er indlagt på sygehuset. Sygehuspersonalet skal på forhånd orienteres om dette.

### Sygehusets svar på anmodningen

I tilbagemeldingen til den kommunale familieafdeling (myndighed) sender sygehuset udelukkende journalførte oplysninger.

Det vil være hensigtsmæssigt for sygehuspersonalet med en ensartet praksis i forhold til journalføring, så alle medarbejdere ved, hvor og hvordan sociale forhold skal noteres.



# Implementering

---

Implementering af den fælles regionale samarbejdsaftale påhviler i sidste ende de enkelte parter, som aftalen og de dertil hørende handlinger berører.

For at understøtte implementering af aftalen anbefales det, at implementeringen sker i et lokalt samarbejde mellem den kommunale Familieafdeling (myndighed), sundhedsplejersker, praktiserende læger, jordemødre, barsels- og neonatalafsnit og Familieambulatoriet indenfor det enkelte sygehus' optageområde.

Implementeringen af samarbejdsaftalen og brug af skabelonen på tværs af hele Region Syddanmark sker inden udgangen af juni 2018.

Implementering af aftalen fordrer endvidere, at alle parter har en faglig og professionel tilgang til opgaven, og udviser en åbenhed overfor den faglighed, som samarbejdspartnerne har med sig ind i samarbejdet.

## De lokale samordningsfora

Det er de fire lokale samordningsfora (SOF), som har det overordnede, tværgående ansvar for at implementere og følge op på aftalen. De lokale samordningsfora er knyttet geografisk til de enkelte sygehusenheder og omfatter de kommuner, som sygehuset har hovedparten af sine patientkontakter til, samt praksisrepræsentanter udpeget af Praksiskon-sulentorganisationen og Praksisudvalget.

Det er ligeledes de fire samordningsfora, der skal pege på, hvem der står for den konkrete implementering i det pågældende område. Hvis der ikke er repræsentation fra kommunal Familieafdeling (myndighed) i samarbejdet, er det sundhedsområdets repræsentants ansvar at inddrage myndighedsområdet.

Implementering og opfølgning på gennemførelse af aftalen skal være et fast punkt på de to årlige møder i de lokale samordningsfora fra vinteren 2018 og frem, indtil implementeringen er gennemført.





# Anbefalinger om opfølgning og evaluering på samarbejdet

---

## Videndeling og kompetenceudvikling

Videndeling og gensidig kompetenceudvikling mellem aftalens parter skal understøtte implementering af aftalen med henblik på at forbedre det samlede tilbud for de sårbare gravide.

Den kommunale familieafdeling (myndighed), sundhedsplejersker, praktiserende læger, jordemødre, personalet på barsels- og neonatalafsnit samt Familieambulatoriet forpligter sig med aftalen til at medvirke til gensidig målgruppespecifik videndeling og kompetenceudvikling mellem parterne. Videndeling bør blandt andet omfatte undervisning i underretning til det sundhedsfaglige personale. Der kan med fordel udarbejdes fælles undervisningsmateriale, der kan anvendes på alle fire sygehusenheder.

Der opfordres til, at der mindst én gang om året afholdes kursus/temadag for parterne, der er inkluderet i samarbejdsaftalen. Kurset/temadagen kan afholdes som et fælles arrangement på tværs af regionen. Dette sker i et samarbejde mellem region og kommuner.

Der kan undervises i underretning på den regionale lægedag, for at byde ind i et allerede etableret forum med relevans for de praktiserende læger.

## Evaluering

Samarbejdsaftalen skal evalueres i 2018, med specifikt fokus på om skabelonen er anvendelig i dens nuværende form eller om den skal tilpasses på baggrund af erfaringer i praksis.

## Økonomiske og kapacitetsmæssige aspekter

---

Både implementering af samarbejdsaftalen og opgaven i drift skal løftes inden for de i dag eksisterende rammer.

Det anbefales, at der yderligere afsættes midler til kompetenceudvikling og uddannelse omkring relevante emner i forbindelse med det tværfaglige samarbejde, som nævnt i ovenstående afsnit.



## Bilag 1 - Arbejdsgruppens medlemmer

---

- **Anne Uller** (medformand)  
Chefjordemoder, Kvindesygdomme og fødsler  
- Sygehus Lillebælt
- **Bettina Brøndsted** (medformand)  
Leder, Børne- og ungerådgivningen  
- Odense Kommune
- **Helle Gates**  
Socialrådgiver, Børneafdelingen/  
kvindesygdomme og fødsler - Sygehus Lillebælt
- **Inge Olga Ibsen**  
Overlæge og leder, Familieambulatoriet - OUH
- **Jane Maria Lyngsø**  
Overlæge, Gyn. og Obstetrisk afdeling  
- Sydvestjysk Sygehus
- **Tina Vedstesen**  
Socialrådgiver, Børne- og Ungeafdelingen,  
Mor-Barn Centret, Familieambulatoriet  
- Sydvestjysk Sygehus
- **Osla Dahl**  
Socialrådgiver, Børn og Unge  
- Sygehus Sønderjylland
- **Mette Rasmussen**  
Jordemoder, Kvindesygdomme og Fødsler  
- Sygehus Sønderjylland
- **Anne Thomsen**  
Leder, Familierådgivningen  
- Fredericia Kommune
- **Lene Willumsen**  
Leder, Børn & Ungeenheden  
- Vejen Kommune
- **Susanne Borring Bak**  
Faglig koordinator, Forældreværkstedet  
- Haderslev Kommune
- **Ulla Dupont**  
Ledende sundhedsplejerske  
- Vejle Kommune
- **Jette Lauvring**  
Leder, Børnesundhed  
- Assens Kommune
- **Jane Zenker Bergenhausen**  
Leder, sundhedsplejen  
- Svendborg Kommune
- **Gökhan Dinc**  
Jurist, Råds- og Direktionssekretariatet  
- Regionshuset
- **Ida Bohn** (sekretær)  
Proceskonsulent, Børn- og Ungeforvaltningen  
- Odense Kommune
- **Maja Riber Levinsen** (sekretær). Frem til 1. juli 2017  
Konsulent, Afdelingen for Tværsektorielt  
Samarbejde - Regionshuset (frem til 1. juli 2017)
- **Arne Vesth Pedersen** (sekretær). Overtaget fra MRL  
Specialkonsulent, Afdelingen for  
Tværsektorielt Samarbejde - Regionshuset

### Ad Hoc

---

- **Anette Rasmussen**  
Afdelingssygeplejerske, Barselsafsnittet,  
Kvindesygdomme og fødsler - Sygehus Lillebælt
- **Annette Lindballe**  
Afdelingssygeplejerske, Mor Barn Center  
- Sydvestjysk Sygehus
- **Ina Djernis Olsen**  
Socialrådgiver, Familieambulatoriet - OUH
- **Rune Just**  
Jurist, Børn og Ungeforvaltningen - Vejle Kommune
- **Mikael Andreasen**  
Familie- og forebyggelseschef  
- Vejle Kommune
- **Marianne Bang**  
Konstitueret Distriktsleder Familierådgivningen  
- Esbjerg Kommune



## Bilag 2 - Høringsparter

---

Følgende parter har haft samarbejdsaftalen i høring, i juli-august 2017.

Fødestederne i Region Syddanmark.

De syddanske kommuners Sundhedsområde og Familie-/Børneområde.

Praktiserende Lægers Organisation i Region Syddanmark.



## Bilag 3 - Anmodning om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset

Skemaet udfyldes af den kommunale familieafdeling (myndighed) og sendes til sygehus.  
OBS Vejledninger skrevet med kursiv slettes i forbindelse med udfyldelse af anmodningen

Oplysninger om borger/patient	
Dato for anmodning	
Vedr. barn af	
CPR-nummer	
Terminsdato	
Kontaktoplysninger på kommunal myndighed	
Myndighedsafdelingens direkte nummer og mail (modtagelsen)	
Kommunal socialrådgiver (navn, tlf.nr. og mail)	
Kontakt udenfor åbningstid	<i>(Her tages stilling til, om den sociale bagvagt skal kontaktes, når patienten indlægges mhp. fødsel, og hvordan afdelingen skal forholde sig uden for åbningstid og på helligdage)</i>
Orientering fra kommune til sygehus (Kommunens afgørelse eller aftaler med den vordende mor)	
Baggrund for anmodning	<i>Årsag til anmodningen (relevant faglig vurdering) - kort</i>
Aftaler ved fødsel/under indlæggelse (ved ændring skal samarbejds-partnere orienteres)	<i>Kommunens aftaler med familien, fx hvilken foranstaltning der planlægges Specifikke aftaler med sygehuset i forbindelse med fødsel og barsel</i>
Aftale om prævention	<i>Evt. aftaler med den gravide om etablering af prævention ved fødslen</i>
Kommunens EAN nummer	<i>Bruges ved udgifter til prævention</i>
Anmodning fra kommunen om oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset	
Der anmodes om flg. konkrete oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehus	<i>Der kan eksempelvis anmodes om:</i> <ul style="list-style-type: none"><li><i>• Hvem kontaktes og hvornår</i></li><li><i>• Besked ved fødsel</i></li><li><i>• Besked/invitation til udskrivelsesmøde</i></li><li><i>• Journalførte oplysninger i forbindelse med fødsel og barsel på sygehuset.</i></li></ul> <i>Der gøres opmærksom på, at sygehuset ikke er forpligtet til at imødekomme anmodninger om mor-barn observationer og vurdering af forældreevne.</i>
Har forældrene givet samtykke til anmodningen	<i>Ja</i> <i>Nej (Indhentes jf. § 11c)</i>

## Bilag 4 – Oversigt over gældende lovgivning på området

Nærværende oversigt er udarbejdet med formålet om at uddybe nogle af de juridiske områder, som vedrører sundhedspersonalet og myndighedsområdet i forbindelse med udveksling af oplysninger.

Nedenfor behandles blandt andet sundhedspersoners tavshedspligt, hjemlen for at udveksle oplysninger med kommunen, underretningspligten for offentligt ansatte og journalføringen i forbindelse med videregivelse af helbredsoplysninger.

### Sundhedsloven § 40 og 43

#### Sundhedspersoners tavshedspligt

Ifølge sundhedslovens § 40 har en patient krav på, at sundhedspersoner iagttager tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om angående *helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger*.

Omfattet af begrebet "*helbredsforhold*" er oplysninger om en persons tidligere, nuværende og fremtidige fysiske og psykiske helbredstilstand. Dette gælder ikke kun journalførte oplysninger, men alle oplysninger, der kan fortælle noget om patientens helbred.

"*Øvrige rent private forhold*" omfatter fx oplysninger om patientens ægteskab, patientens pårørende mv.

"*Andre fortrolige oplysninger*" omfatter fx oplysninger om indkomstforhold, sociale forhold samt strafbare forhold.

Således er al udveksling, der foregår mellem den enkelte sundhedsperson eller sygehuset og en anden part, en undtagelse til ovenstående regel.

Hjemlen for videregivelse af helbredsoplysninger mv. til kommunerne og andre myndigheder, findes i sundhedslovens § 43 (se næste afsnit).

### Sygehusets hjemmel for at videregive oplysninger til kommunen

Som nævnt ovenfor har sundhedspersoner tavshedspligt i forhold til oplysninger, som de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om.

Således er alle videregivelsesbestemmelser i sundhedsloven en undtagelse fra ovenstående.

Sundhedspersonalet har mulighed for at søge rådgivning hos en jurist om videregivelsen er berettiget eller ej. Dette vil ikke medføre overtrædelse af tavshedspligten.

Én af de undtagelser findes i sundhedslovens § 43 stk. 2, nr. 1, der omhandler videregivelse til andre formål end behandling. Ifølge denne bestemmelse kan sundhedspersoner uden patientens samtykke videregive oplysninger om patientens helbred, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger til blandt andet myndigheder, når det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysningen skal videregives, og oplysningen må antages at have væsentlig betydning for den modtagende myndigheds sagsbehandling.

Altså kan videregivelse af oplysninger ske, når videregivelsen er udtrykkeligt bestemt i en anden lovgivning.

Der findes spredt i lovgivningen en række bestemmelser, der pålægger sundhedspersoner en oplysningspligt, dvs. en pligt til at videregive helbredsoplysninger under nærmere beskrevne omstændigheder.

#### Relevant for arbejdet med målgruppen er navnlig:

- Retssikkerhedslovens § 11 a, stk. 1
- Retssikkerhedslovens § 11 c, stk. 1, nr. 1, og
- Servicelovens § 153, stk. 1, nr. 2

Disse bestemmelser uddybes herefter.

### Retssikkerhedsloven § 11 a og c

#### Myndighedens anmodning efter forudgående samtykke fra borgeren, jf. retssikkerhedslovens § 11 a, stk. 1:

Ifølge denne bestemmelse kan myndigheden efter forudgående samtykke fra den, der søger om eller får hjælp, forlange, at andre offentlige myndigheder, herunder sygehuse, giver oplysninger om den pågældende, der er nødvendige for at behandle sagen. Det gælder også oplysninger om en persons rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, ligesom myndigheden kan indhente lægejournaler, sygehusjournaler eller udskrifter heraf.



## Bilag 4

---

Det er kommunens ansvar at indhente et samtykke fra borgeren, herunder en specificering af, hvilke oplysninger, der må indhentes, fra hvilken myndighed og til hvilket formål. Sygehuset skal således imødekomme kommunens anmodning, uden selv at indhente et samtykke fra patienten.

Kommunens tilkendegivelse af, at borgeren har afgivet et samtykke er tilstrækkeligt. Sundhedspersonen skal således ikke anmode kommunen om at fremsende borgerens samtykkeerklæring og ej heller selv forsøge at indhente et samtykke fra patienten.

Hvis kommunens anmodning ikke er tilstrækkelig specifik, bør sundhedspersonen i første omgang kontakte kommunen med henblik på at klarlægge, hvilke oplysninger, der anmodes om. Dette fordi, at bestemmelsen forudsætter, at videregivne oplysninger skal være nødvendige for at behandle sagen.

**Kommunens anmodning uden borgerens forudgående samtykke i forbindelse med sager om særlig støtte til børn og unge og § 50-undersøgelser, jf. retssikkerhedslovens § 11 c, stk. 1, nr. 1:**

Ifølge bestemmelsens stk. 1, nr. 1, kan kravet om samtykke i § 11 a (beskrevet ovenfor) fraviges i sager om særlig støtte til børn og unge efter servicelovens kapitel 11, hvor myndighederne kan påbegynde en sag eller træffe afgørelse uden forældrenes samtykke, samt i forbindelse med børnefaglige undersøgelser efter servicelovens § 50.

Også i denne situation skal sundhedspersonen imødekomme kommunens anmodning som i forrige afsnit.

Fælles for de to ovenfor beskrevne bestemmelser er, at det er kommunen, der tager initiativ til udvekslingen af oplysninger.

Herudover er det fælles for de to bestemmelser, at sundhedspersoner ikke skal forsøge at indhente et samtykke fra patienten.

### **Serviceloven § 153 & 155 b**

**Offentlig ansattes underretningspligt**

**Offentligt ansattes underretningspligt, jf. servicelovens § 153, stk. 1, nr. 2:**

Ifølge denne bestemmelse er offentligt ansatte forpligtet til at underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet bl.a. får kendskab til eller grund til at antage, at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold.

Videregivelsen sker altså i dette tilfælde på sundhedspersonalets eget initiativ og efter egen vurdering.

Der skal alene være tale om en antagelse, der er sagligt begrundet i barnets forhold, om at barnet kan have behov for særlig støtte. Det kræves således ikke, at der er kendskab til barnets forhold med sådan sikkerhed, at barnet eller den unge kan have behov for særlig støtte.

Sundhedspersonen kan fortsat efter underretningen iværksætte eller fortsætte sundhedsfaglige tiltag, som vurderes at være nyttige for forældrene og barnet.

Bestemmelsen omfatter alle vordende forældre, hvor der er anledning til bekymring for familiens situation og den indvirkning, det vil kunne få for barnets fremtidige livsvilkår. Bestemmelsen omfatter enlige gravide kvinder, gifte og samlevende par, uanset om der er tale om den biologiske far.

Formålet med bestemmelsen er at sikre, at kommunen er opmærksom på, at der er tale om en familie, der kan have behov for støtte og hjælp i tilfælde, hvor det må antages, at situationen vil få indvirkning på barnets situation, når det er kommet til verden. Der kan fx være tale om, at lokalpsykiatrien bliver opmærksom på, at en patient med psykiske problemer er blevet gravid, eller at en kvinde med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne bliver gravid.

Det er ikke en betingelse, at vurderingen af familiens situation alene kan føre til foranstaltninger efter loven, men der skal være tale om problemstillinger i familien, der er af en sådan karakter, at det vurderes nødvendigt at handle i forhold til det, og hvor man ikke ved egen indsats er i stand til at afhjælpe problemerne.

Der bør forsøges indhentet samtykke inden underretningen foretages, så den så vidt muligt ikke skader et opbygget tillidsforhold mellem de vordende forældre og den fagperson, der vil underrette, eksempelvis en jordemoder eller læge.

Der skal ikke forsøges indhentet samtykke, såfremt underretningen drejer sig om en mistanke om overgreb, det være sig fysisk, psykisk og/eller seksuelt, begået af en eller flere forældre, jf. kommunernes beredskabsplan for definition af fysisk, psykisk og seksuelt overgreb.

Hvis et samtykke ikke kan opnås, skal der foretages en afvejning mellem på den ene side hensynet til dette og den enkeltes ret til privatliv, og på den anden side afgørende modstående hensyn til de vordende forældre selv og til barnet. Det skal indgå i overvejelserne, at fostre og spædbørn er særligt sårbare over for forældrenes forhold, og at den tidligere indsats er af afgørende betydning for barnets mulighed for en sund udvikling.

Der er ligeledes underretningspligt, hvis en sundhedsperson efter et barn er født, får kendskab til eller grund til at antage, at barnet kan have behov for særlig støtte, jf. bestemmelsens nr. 1.

Hvis fagpersoner har grund til at antage, at kommunalbestyrelsen ikke har foretaget eller truffet de i loven foreskrevne fornødne sagsbehandlingsskridt eller afgørelser i overensstemmelse med barnets bedste, kan disse i henhold til Servicelovens § 65 underrette direkte til Ankestyrelsen. Ankestyrelsen vurderer herefter, om der er grundlag for at tage sagen op. Der opfordres dog til, at tværfaglige løsninger forsøges indgået på baggrund af samarbejdsaftalen, således at underrettelse til Ankestyrelsen undgås.

### **Kommunal tilbagemelding, jf. servicelovens § 155 b**

Kommunen skal senest 6 hverdage efter modtagelsen af underretningen bekræfte modtagelsen af underretningen over for den fagperson, der har foretaget underretningen.

Herudover skal kommunen orientere underretteren om, hvorvidt der er iværksat en undersøgelse eller foranstaltninger vedrørende barnet, som underretningen vedrører. Der kan dog være særlige hensyn til barnet eller forældrene, som vil undtage denne regel.

Slutteligt kan kommunen på eget initiativ vælge at orientere underretteren om, hvilken type foranstaltning, der er iværksat, og om den planlagte varighed heraf, hvis oplysningen herom vil kunne have væsentlig betydning for den støtte, som den pågældende underudøvelse af hvervet eller tjeneste kan yde barnet. Denne regel kan ligeledes fraviges af særlige hensyn til barnet eller forældrene.

### **Journalføringsbekendtgørelsens § 29**

Ifølge journalføringsbekendtgørelsen § 29, stk. 2, skal patientjournalen indeholde optegnelser om, hvilke oplysninger, der er behandlet, herunder videregivet, til hvilket formål, til hvem og på hvilket grundlag.

For så vidt angår videregivelser med hjemmel i retsikkerhedsloven, skal kommunens anmodning og den eventuelle korrespondance, der har fundet sted i forbindelse hermed, journalføres.

Ligeledes bør det journalføres, hvilken information, der er givet til patienten vedrørende videregivelsen.



## Bilag 5 - Niveauinddeling i svangreomsorgen

---

**OBS:** Nedenstående retningslinjer revideres i efteråret 2017, og der henvises til at finde nyeste retningslinjer gennem [sst.dk](http://sst.dk)

*I Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for svangreomsorgen" af 2013 anbefales en niveaudeling af svangreomsorgen og det tværfaglige samarbejde med henblik på at sikre den gravide den nødvendige støtte og omsorg i forhold til såvel obstetriske som sociale og psykiske risikofaktorer.*

### NIVEAU 1

Er det basale tilbud om graviditetsundersøgelser, fødselshjælp og barselspleje til kvinder, hvis graviditet vurderes uden øget risiko.

### NIVEAU 2

Indebærer et udvidet tilbud, som kan varetages af de faggrupper, der arbejder inden for svangreomsorgen. Det kan fx dreje sig om tilbud til rygere eller overvægtige. Det kan dreje sig om kvinder med tidligere dårlig fødselsoplevelse eller mislykket ammeforløb, kvinder der venter mere end ét barn eller kvinder med risiko for gestationel diabetes. Der vil her være brug for at tilpasse tilbuddet til kvindens individuelle behov og for at henvise til særlige tilbud, der er etableret i regionen eller kommunen for disse kvinder.

### NIVEAU 3

Indebærer et udvidet tilbud, som involverer et tværfagligt samarbejde med andre faggrupper i sundhedssektoren og/eller tværsektorielt samarbejde med kommunen. Ved sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger af mere kompleks karakter tilbydes den gravide svangreomsorg på dette niveau. Det kan fx dreje sig om kvinder med psykologiske/psykiatriske problemer, eller om kvinder som har nyopståede eller kroniske somatiske lidelser, der fordrer samarbejde med andre speciallæger. Kvinder med sværere sociale problemstillinger af enten økonomisk eller familiær karakter kan desuden have behov for et udvidet tilbud om kontakt til og støtte fra sundhedsvæsenet eller socialforvaltningen. Lokale tværfaglige grupper vil typisk kunne varetage opgaverne på dette niveau i henhold til lov om social service § 49 og sundhedsloven § 123.

### NIVEAU 4

Indebærer samarbejde med specialiserede institutioner som fx familieambulatorium, familieinstitutioner og andre behandlingstilbud. Den gravide indplaceres på dette niveau, når der er tale om særlig komplicerede problemstillinger som fx rusmiddelproblemer, svære psykiske/psykiatriske lidelser og/eller alvorlig social belastning, hvor der med høj sandsynlighed vil blive vanskeligheder med tilknytningen mellem mor og barn og varetagelse af barnets tarv.







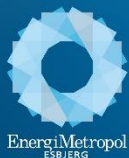
# Gravide med misbrug

Socialdirektørforum 18.11.22

VISION  
2025  
VELFÆRD VÆKST




ENERGI  
TIL  
MERE




Esbjerg  
Kommune

# To aftaler



The cover features a stylized illustration of a woman's face in profile, with blue curved lines representing her eyes and mouth. The text is centered at the bottom.

**Samarbejdsaftale**  
vedrørende sårbare gravide



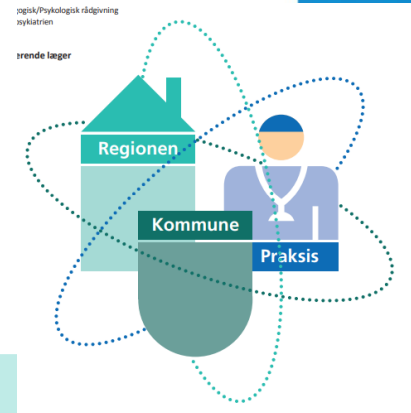
Region Syddanmark og de 22 kommuner  
19. december 2017

Samarbejdsaftale omkring gravide og børn  
tilknyttet Familieambulatoriet Plus  
i Region Syddanmark



Godkendt af Det Administrative kontaktforum  
25. januar 2018 (administrativt opdateret juni 2020)

Region Syddanmark og de 22 kommuner



plus

familie-ambulatoriet

## Målgruppe

- Gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol, og/eller andre rusmidler.
- Børn fra fødsel til skolestart som i fostertilværelsen har været eksponeret jf. inklusionskriterierne for alkohol, afhængighedsskabende medicin og/eller andre rusmidler.



# Formål og målgruppe

## Formål med samarbejdsaftalen

- at sikre en sammenhængende indsats af høj kvalitet overfor børn, hvis fostertilstanden har været vanskelig
- skal forebygge rusmiddel- og fejludvikling hos børn, og sikre en helhedsorienteret indsats

Kommunen har kompetencen til at

Familieambulatoriet Plus er et supplement til kommunens indsats over for målgruppen.

Årligt 5-8 gravide i  
Esbjerg Kommune

Mørketal ?



plus

familie-ambulatoriet

## Målgruppe

- Gravide med forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol, og/eller andre rusmidler.
- Børn fra fødsel til skolestart som i fostertilværelsen har været eksponeret jf. inklusionskriterierne for alkohol, afhængighedsskabende medicin og/eller andre rusmidler.

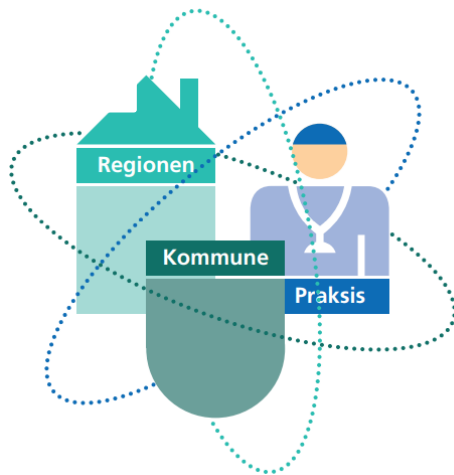


# Potentiale for en styrket indsats før fødslen



## Tidlig opsporing

- Viden til medarbejdere om Fam+
- OBS. Jobcentre/skole/daginstitution



## Tidligt samarbejde – Famlerådgivningen er initiativtager

- Henvisnings skema fra kommune til Fam+
- Fam+/sundhedssocialrådgiver inviteres til første samtale med den gravide

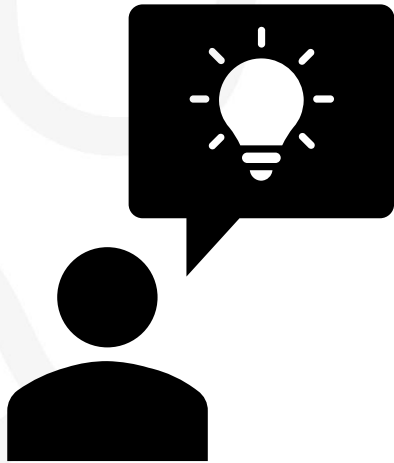


## Hurtig sagsbehandling ved underretninger

- Direkte til bagland/rådgiver
- Opgaven samlet på få rådgivere
- Sundhedssocialrådgiver inviteres til underretningssamtalen



# Før fødsel og efter fødsel - vi kan skærpe flow af viden og styrke samarbejdet/koordinering



Viden til sundhedspersonale om kommunes indsats/hvad sker der?

Viden til kommunale sagsbehandlere om muligheder for at foretage observationer på sygehuset efter fødslen

1. Netværksmøde  
Fam+ indkalder til netværksmøde efter første jordemoderkonsultation

2. Netværksmøde  
Terminsmøde  
Plan for fødsel og udskrivning (10 uger før termin)  
Fam+ indkalder

Udskrivningskonference (v. terminsmødet er der indgået aftaler om udskrivningskonferencen)

Øget opmærksomhed på at  
Fam+ foretager udredninger/beskrivelser i årene efter fødslen  
Indgå i kommunale sagsbehandling

Netværksmøder efter individuel vurdering indtil barnet afsluttes i Fam+  
OBS kommunale medarbejdere skal også invitere Fam +



## Ideer til tiltag for øget synlighed af tilbud om anonym stofmisbrugsbehandling

Tiltag	Fælles	Esbjerg	Kolding	Odense
Tilbuddet præsenteres for Stoffagligt forum	x			
Mail til praktiserende læger i samarbejdskommunerne, alternativt kontakt til PLO om tilbuddet	x			
Mail til Virksomhedsservice i Jobcentrene i samarbejdskommunerne om tilbuddet	x			
Sikre synlighed på samarbejdskommunernes hjemmesider	x			
Ringe til alle misbrugscentre i samarbejdskommunerne	x			
Kampagne på regionens infoskærme	x			
Mail til fagforeninger om tilbuddet	x			
Mail til videregående uddannelser om tilbuddet	x			
Mail til ungdomsuddannelserne om tilbuddet	x			
"Reklamer" på kommunale infoskærme + ved indfaldsveje			x	
Samarbejde med færdselspolitiet, hvor de borger som de stopper i påvirket tilstand, tilbydes at rusmiddelcenteret ringer dem op og tilbyder et forløb. Vi har i den forbindelse drøftet om de kunne formidle informationen om anonym behandling til disse borgere.		x		
Forsøg med virtuelle behandlingsforløb				x



Afdeling: Praksis  
Journal nr.: 22/30729  
Dato: 026. oktober 2022

## Notat

### Principper for samarbejdet om sundhedstjek på botilbud

Med overenskomsten for almen praksis, som trådte i kraft 1. januar 2022, er der indført et sundhedstjek for borgere på 18 år eller derover, der opholder sig på et botilbud. Formålet er at forebygge og eventuelt behandle somatiske sygdomme blandt disse borgere.

Gennemførelsen af sundhedstjekket forudsætter et godt samarbejde mellem botilbuddet og den praktiserende læge, da de fleste borgere på botilbuddene har behov for støtte fra personale eller pårørende for at kunne gennemføre sundhedstjekket. Derudover spiller personalet på botilbuddene og pårørende en rolle i samarbejdet med borgeren om de opmærksomheder og eventuelle handlinger, der lægges op til efter sundhedstjekket.

Derfor er Region Syddanmark, kommunerne i regionen og PLO Syddanmark enige om, at principperne beskrevet i dette notat skal danne rammerne for de sundhedstjek, der foretages for borgere på regionens og kommunernes botilbud samt private botilbud efter servicelovens § 107/108 og botilbud efter almenboligloven med støtte efter Servicelovens § 85.

### Generelt om sundhedstjek

#### Målgruppe

Sundhedstjek tilbydes til personer på 18 år og derover, der opholder sig på botilbud på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

#### Definition af botilbud

Botilbud omfatter botilbud efter servicelovens §§ 107-108 samt botilbud efter almenboligloven med støtte fra servicelovens § 85.

Omfattede botilbud fremgår af bilag X, som løbende vil blive opdateret.

#### Afholdelse af sundhedstjek

Sundhedstjekket gennemføres hvert andet år, men kan dog under særlige omstændigheder ved komplicerede forløb benyttes én gang årligt.

Sundhedstjekket ydes på botilbuddet. Det kan dog undtagelsesvist foregå hos den praktiserende læge, såfremt bostedet vurderer, at det vil være meningsfuldt, som et led i borgerens rehabilitering, samt at den praktiserende læge er indforstået hermed.

I så fald honoreres sundhedstjekket med ydelse 0123 (jf. nedenfor), men uden tidsforbrug ved transport og evt. kørselsgodtgørelse som sædvanligvis indgår, jf. nedenfor.

Som udgangspunkt deltager personale eller pårørende under sundhedstjekket efter samtykke med borgeren.

### **Honorering**

Sundhedstjek til borgere på botilbud honoreres med ydelse 0123 i Overenskomsten for almen praksis. Der tillægges tidsforbrug ved transport i henhold til overenskomstens § 64, stk. 2 pkt. c, og evt. kørselsgodtgørelse i henhold til § 80.

Afregning for ydelsen sker mellem den praktiserende læge og regionen.

### **Arbejdsgang for sundhedstjek på botilbud**

Det er som udgangspunkt botilbuddet, der skal tage initiativ til det første sundhedstjek. Derfor tager processen beskrevet neden for afsæt heri. Den praktiserende læge kan også tage initiativet til sundhedstjekket, f.eks. i forbindelse med anden, planlagt konsultation på botilbuddet.

Nedenstående trin gennemføres som udgangspunkt kun én gang for hver borger på botilbuddet.

#### **1. Meddelelse til den praktiserende læge**

Det enkelte botilbud har ansvar for at rette henvendelse til den eller de praktiserende læger, der har borgere fra det pågældende tilbud tilmeldt deres praksis for at aftale de praktiske forhold omkring sundhedstjekket, herunder bl.a.

- Hvornår sundhedstjekkerne kan/skal gennemføres
- Om sundhedstjekkerne så vidt muligt skal foretages på flere borgere samme dag, eller om de skal spredes ud på flere dage

Botilbuddet informerer desuden ved opstart af første runde af sundhedstjek om

- Antallet af borgere på botilbuddet
- Hvilke oplysninger botilbuddet har om borgeren, som kan have relevans for den praktiserende læge i forbindelse med sundhedstjekket, og som kan fremsendes med samtykke fra borgeren eller dennes væрге

Den praktiserende læge besvarer hurtigst muligt henvendelsen fra botilbuddet.

#### **2. Aftale om sundhedstjek**

Det konkrete tidspunkt for den enkelte borgers sundhedstjek aftales mellem den praktiserende læge og botilbuddet, borgeren eller nærmeste pårørende/væрге. Det afklares sammen med borgeren på det enkelte botilbud, hvem der kontakter den praktiserende læge.

Forud for, at sundhedstjekket gennemføres fremsendes borgernes opdaterede sundhedsplan, sundhedsfaglige journal eller sundhedsfaglige handleplan såfremt borgeren eller dennes væрге giver samtykke hertil. Der fremsendes desuden en beskrivelse af, hvad den praktiserende læge skal være opmærksom på i tilgangen til borgeren, herunder i forhold til borgerens adfærd og reaktionsmønstre

samt den gode kommunikation med borgeren. Såfremt der foreligger et "Kommunikationspas" fremsendes dette til den praktiserende læge.

Det aftales i den forbindelse, om der forud for sundhedstjekket skal foretages undersøgelser i form af blodprøver eller lignende. Disse kan foretages af den praktiserende læges klinikpersonale. Såfremt bostedet vurderer, at der er borgere med nedsat funktionsevne i en grad, som gør, at de ikke kan gennemføre standardscreeninger, kan det aftales, at der deltager andre behandlere i sundhedstjekket.

Den praktiserende læge orienteres om, hvem der forventes at deltage i sundhedstjekket sammen med borgeren. Typisk vil det være det pædagogiske personale og/eller en pårørende. Det er væsentligt, at personen der deltager sammen med borgeren, har et godt kendskab til borgeren og kan støtte i gennemførelse af sundhedstjekket.

### **3. Gennemførelse af sundhedstjek**

Indholdet i sundhedstjekket er beskrevet i overenskomsten om almen praksis og følger desuden DSAMs vejledning, som kan findes [her](#).

Afslutningsvist aftales det:

- Om der er forhold, der skal følges op på hos den praktiserende læge eller andre behandlere forud for næste sundhedstjek (opfølgende kontakt og/eller faste kontroller)
- Hvem der tager initiativ til næste sundhedstjek

### **4. Opfølgning**

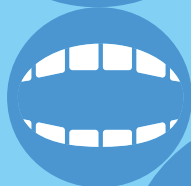
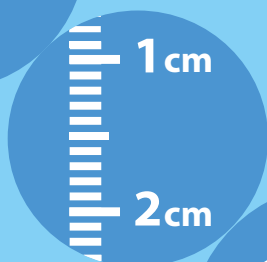
Den praktiserende læge udarbejder i samarbejde med borgeren samt personale og/eller pårørende en plan for den videre indsats. Planen kan omfatte en forebyggende indsats, en eller flere konkrete behandlingsindsatser eller henvisninger mv.

Indholdet i planen drøftes under sundhedstjekket og fremsendes efterfølgende til borgeren, botilbuddet og evt. pårørende. Personalet på botilbuddet har som udgangspunkt ansvaret for at følge op på indholdet i planen i samarbejde med borgeren.

Personalet forventes at støtte op om og forsøge at motivere borgeren i forhold til de eventuelle forebyggende eller behandlende tiltag, der er lagt op til i forlængelse af sundhedstjekket.

# SPØRGESKEMA

Borgerens forberedelse  
til sundhedstjek



# BORGERENS FORBEREDELSE TIL SUNDHEDSTJEK

– spørgeskema



Som forberedelse til at din egen læge kommer og laver et sundhedstjek med dig, skal du besvare en række spørgsmål, som handler om din sundhed og dit helbred, og hvordan du i det hele taget trives i din hverdag. Dine svar har stor betydning for, at lægen kan give dig det bedste sundhedstjek. Så giv dig god tid.


<b>Navn</b>	
<b>Cpr. nr.</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Evt. pårørende/ netværk</b>	
<b>Skriv, om der er særlige behov ved kommunikation:</b>	

## Hvordan har du det?



Hvordan har du det til hverdag?		
Har dit humør ændret sig på det sidste?	Ja	Nej
Er du fx blevet mere: Irritabel, vred, ked af det, udadreagerende, indelukket?		
Eller er du blevet mere glad?		
Isolerer du dig?		
Hvis ja, hvordan?		
Er der noget ved dit helbred/din sundhed, der bekymrer dig?	Ja	Nej
Er der fx noget ved din krop?		
Hvis ja, skriv hvad.		
Kan du gøre de ting, du gerne vil?	Ja	Nej
Hvis nej – hvad forhindrer dig i at gøre det, du gerne vil?/Hvorfor kan du ikke gøre det, du gerne vil?		

Kroniske sygdomme				
Har du en/flere kroniske sygdomme? (Har du fx KOL, astma, diabetes, gigt)		Ja	Nej	Ved ikke
Hvis ja, hvilke?				
Har du allergi?  Er der noget, du ikke kan tåle?(Fx dyr, parfume, pollen, husstøvmider, forskellige madvarer, medicin, skimmelsvamp?).		Ja	Nej	Ved ikke
Hvis ja, hvilke?				
Har du en/flere diagnoser?  Har du fx Downs syndrom, Rett syndrom eller andre syndromer?		Ja	Nej	Ved ikke
Hvis ja, hvilke?				

Søvn 			
Sover du i løbet af dagen?		Ja	Nej
Hvis ja, hvor meget			
Har du svært ved at falde i søvn til natten?		Ja	Nej
Vågner du om natten?			
Er du træt om dagen?			

## Syn, hørelse og mund og tænder



Har du fået tjekket dit syn inden for de sidste 2 år?	Ja	Nej
Har du fået tjekket din hørelse inden for de sidste 3 år?		
Har du været til tandlægen inden for de sidste 6 måneder?		
Har du ondt i munden?		
Har du ondt i tænderne?		
Gør det ondt når du børster tænder?		
Får du blødninger ved tandbørstning?		
Beskriv, hvordan det gør ondt?		
Har du problemer med at synke?	Ja	Nej

## Huden

Har du problemer med din hud?	Ja	Nej
Har du fx røde pletter, knopper, kløen, svien, eksem, tør hud, sår.		
Hvis ja, beskriv hvilke.		
Har du problemer med din hovedbund?	Ja	Nej
Hvis ja, beskriv hvilke.		
Har du problemer med tryksår?	Ja	Nej



## Lunger



	Ja	Nej
Hoster du meget?		
Bliver du tit forpustet? Bliver du fx let forpustet, stakåndet ift. jævnaldrene?		
Har du svært ved at trække vejret?		
Bruger du inhalator?		
Hvis du bruger inhalator, har du fået vist, hvordan du skal bruge den?		

## Har du ondt?

	Ja	Nej
Har du ondt nogle steder ?		
Hvis ja, hvor har du ondt? Gør det fx ondt i dit bryst, dine ben, arme, led, muskler, har du hovedpine eller ondt i maven?		
Hvis ja, hvordan gør det ondt? Oplever du fx en stikken, brændende fornemmelse, ømhed eller stive muskler eller led?		

## Fordøjelsen



	Ja	Nej
Har du problemer med at synke din mad?		
Har du problemer med sure opstød? Får du fx brændende fornemmelse i halsen?		
Bliver det værre, når du spiser bestemt slags mad? Fx stærkt krydret mad, fed mad eller når du spiser hurtigt?		

## Toiletbesøg

	Ja	Nej
Er der sket ændringer i, hvor tit du skal på toilettet inden for de sidste 2 måneder?		
Har du problemer med at holde på vandet?		
Har du ofte tynd mave/diarré?		
Har du problemer med forstoppelse?		
Bliver du ofte behandlet for forstoppelse eller diarré?		
Har du hæmorider?		

## Infektioner

Får du ofte infektioner? Fx flere gange om året?	Ja	Nej
Infektion betyder forskellige former for betændelse: Fx mellemløbetændelse, lungebetændelse, virus, ofte feber, ofte forkølet, ofte opkast.		

## Fald og brækkede knogler

Er du faldet for nylig?	Ja	Nej
Får du let blå mærker?		
Brækker du ofte dine knogler? Fx hofte, arme, ben, kraveben, ribben?		
Er du ofte svimmel?		
Besvimer du engang imellem?		

## Føleforstyrrelser/kropsfornemmelse

Har du mærkelige følelser eller fornemmelser i arme eller ben eller i huden andre steder?	Ja	Nej
Har du fx en prikkende-, stikkende-, brændende- eller sovende fornemmelse i kroppen?		

Hverdagen/Dagligdagen/Det daglige liv		
Ryger du?	Ja	Nej
Hvis ja, hvor ofte ryger du om dagen? (fx antal cigaretter om dagen)		
Drikker du alkohol?	Ja	Nej
Hvis ja, hvor mange genstande om dagen? (1 genstand = 1 almindelig pilsner, ½ guldøl, 1 glas vin)		
Tager du stoffer, fx hash?	Ja	Nej
Hvis ja, Hvor mange gange om ugen?		
Dyrker du motion?	Ja	Nej
Hvis ja, hvor meget og hvor ofte?		
Spiser du flere forskellige madvarer?	Ja	Nej
Spiser du fx: Grøntsager, kød, fisk, frugt, yoghurt, groft brød, mager ost.		
Hvor meget vand, saft eller juice får du at drikke i løbet af dagen?		
Har du nogle spørgsmål om seksuel sundhed, herunder prævention?		

## Medicin



Får du medicin?	Ja	Nej	Ved ikke
Hvis ja, hvilken sygdom eller tilstand får du medicin for?			
Glemmer du sommetider din medicin?	Ja	Nej	
Hvordan tager du din medicin? Tager du fx piller, du skal synke, eller indsprøjtninger?			
Har du problemer (bivirkninger) som følge af din medicin? Føler du dig fx sløv/søvnig i løbet af dagen? Bliver du svimmel, når du rejser dig op? Føler du, at dit hjerte slår meget hurtigt? Har du spasmer i dine muskler? Har du tør mund? Har du haft kvalme eller kastet op? Har du problemer med at gå på toilettet? Har du følt dig meget tørstig? Har du taget meget på? Er dit blik ofte sløret? Har du problemer med dit sexliv?	Ja	Nej	Ved ikke
Hvis ja, hvilke problemer (bivirkninger)?			
Har du i forbindelse med ordinerings af din medicin fået foretaget et EKG? En EKG-undersøgelse er en undersøgelse der viser, hvordan dit hjerte virker. Ved undersøgelsen sættes der nogle tynde ledninger på en rund skive fast på din brystkasse omkring hjertet. Disse ledninger kan måle den måde dit hjerte slår på. Lægen bruger EKG til at vurdere, om du fejler noget i dit hjerte eller ej.	Ja	Nej	Ved ikke

## For kvinder



Har du regelmæssig menstruation?	Ja	Nej	
Har du fx blødninger midt imellem menstruationerne?			
Har du haft menstruation inden for de seneste 3 måneder? - udebleven menstruation?.			
Har du har haft underligt udseende slim eller dårlig/grim lugt fra underlivet?	Ja	Nej	Ved ikke

## Husk



<b>Resultat af blodtryksmåling:</b>	Blodtryk:	Målt dato:
<b>Resultat af pulsmåling:</b>	Puls:	Målt dato:
<b>Noter om du har fået følgende vaccinationer/ screeninger og hvornår:</b>	Ja og tidspunkt	Nej
Stivkrampe		
Hepatitis A		
Hepatitis B		
Influenza		
Andre vaccinationer fx covid, pneumokok		
Screening for brystkræft (kvinder 50-69 år)		
Screening for livmoderhalskræft (kvinder 23-64 år)		
Screening for kræft i tyk- og endetarmen (alle 50-74 år)		
<b>Vægt</b>		
Når du bliver vejet, skal du være let påklædt (fx undertøj, eller i en let t-shirt. Og du skal være uden fodtøj).	_____ kg	
<b>Højde</b>		
Når din højde bliver målt, må du ikke have fodtøj på. (Brug evt. målestok opad væggen).	_____ cm	

Materialet er lettere redigeret og udgivet i 2022 af Danske Handicaporganisationer i samarbejde med Dansk Selskab for Almen Medicin.

Tidligere versioner af materialet blev redigeret og udgivet i 2015 af Allerød, Egedal, Roskilde, Svendborg og Københavns Kommuner ifm. satspuljeprojektet "Fremme af lighed i sundhed og sundhedsvæsenet: Tidlig opsporing af sygdom hos borgere med betydelige kognitive og psykiske funktionsevnedesættelser".

Materialet er oprindeligt udarbejdet under ledelse af Danske Handicaporganisationer i forbindelse med pilotprojektet "Lige adgang til Sundhedsvæsenet" i 2011.

Illustrationer og fotos: Glad Design  
Layout: Glad Design



# SUNDHEDSTJEK VED DIN LÆGE

information til  
**borgeren**





## Hvad er et sundhedstjek:

Et sundhedstjek er en undersøgelse, som din læge udfører for at se, om du er sund og rask. At være sund og rask handler ikke bare om, at du er fri for sygdom. Det handler også om, hvordan du har det i det daglige.

Selvom du for det meste er sund og rask, er det en god idé en gang imellem at få undersøgt dit helbred, da der er nogle sygdomme, som du måske ikke selv kan mærke, fx sukkersyge eller at du er begyndt at se dårligere.

Mange ved ikke, at de fejler noget, før lægen opdager, at noget er galt. Men hvis lægen opdager det tidligt, er det lettere at gøre dig rask igen.

Sundhedstjekket bruges derfor til, at lægen kan afgøre, om der er behov for at gøre noget for at forbedre din sundhed. Det behøver ikke nødvendigvis handle om en behandling af en sygdom. Det kan også være, at du har behov for briller, fordi dit syn er blevet dårligere. Eller at du har behov for at bevæge dig mere, for at din krop har det så godt som muligt. Så kan lægen snakke med dig om, hvordan du kan gøre dette.

Du skal evt. med hjælp fra din støtteperson bestille tid hos lægen til sundhedstjek. Her vil lægen fortælle dig om og eventuelt hvor og hvornår du skal have taget en blodprøve inden sundhedstjekket. Sundhedstjekket foregår på dit bosted.



## Sundhedstjekket består af tre dele:



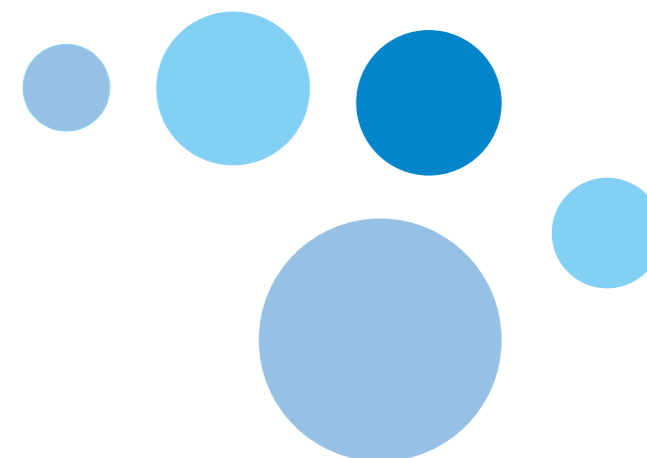
1. Inden din læge kommer og gennemgår din sundhed med dig, bør du formentlig have taget en blodprøve.



2. Inden sundhedstjekket, svarer du på spørgsmål om dit helbred, som du skal tage med til sundhedstjekket. Spørgsmålene, som du skal svare på, vil give lægen et indtryk af dit helbred. Tyder nogle af dine svar på, at du har behov for nærmere undersøgelse, vil din læge spørge dig om dette, når du er til dit sundhedstjek. Spørgsmålene finder du i spørgeskemaet, som er vedlagt denne folder.



3. Når du kommer til sundhedstjek, følger lægen op på dine svar i spørgeskemaet og undersøger dit syn, din hørelse mv. Du kan læse en beskrivelse af de undersøgelser, som lægen laver, på de følgende sider.



## UNDERSØGELSER FØR LÆGEN

### Blodprøve

Ved en blodprøve stikkes en tynd nål i din arm og der suges noget blod ud i små glas. Lægen kan bl.a. se på resultaterne af din blodprøve, om du har sukkersyge, blodmangel, vitaminmangel, dårligt stofskifte, dårlig lever eller dårlige nyrer.

### Højde, vægt og blodtryk

Du skal vejes og måles, let påklædt og uden sko. Resultatet skal skrives i dit forberedelseskema.

Med hjælp fra din støtteperson bliver dit blodtryk målt på 3 forskellige dage.

Resultatet skal skrives i dit forberedelseskema.



## UNDERSØGELSER VED LÆGEN

### Hørelsen

Lægen kigger dig i ørene med et otoskop, for at se om der er propper af ørevoks, sår eller rifter. Et otoskop er en lille ørekikkert, som lægen bruger for bedre at kunne se ind i dit øre. Det gør ikke ondt.



### Syn

Lægen beder dig om at se på en tavle med billeder på og fortælle, hvad du ser, for at vurdere, om du evt. har brug for briller.





### Mund

Lægen beder dig om at åbne munden, så hun/han kan se din mund, tunge og tænder. Lægen bruger en lygte og en lille ispind til at lægge på din tunge, så han bedre kan se ind i din mund. Lægen spørger, om du kommer til tandlæge, og om du har ondt i din mund eller tænder.



### Hjerte og lunger

Lægen lytter på dit hjerte og dine lunger med et stetoskop. Et stetoskop er et slags hørerør, lægen bruger til at høre dit hjerte slå og høre på dine lunger, når du trækker vejret. Hermed kan lægen høre, om dit hjerte slår normalt, og om dine lunger fungerer, som de skal.

Lægen kan også spørge dig, om du normalt har problemer med at trække vejret.



### Hud og hovedbund

Lægen vil spørge dig, om du har nogle steder på din krop, hvor det klør, svier eller gør ondt. Lægen kigger på din hud på ansigtet, hovedet, hænderne, armene og benene for at se, om du har eksem, sår eller andre problemer med din hud.



---

## Maven

Lægen beder dig om lægge dig på ryggen på en briks eller seng. Lægen føler og trykker lidt på din mave, men det gør ikke ondt. Det gør lægen for at undersøge, om du har problemer med maven og tarmene.



## Fødder

Lægen beder dig om at tage dine strømper af og kigger på dine fødder. Det gør lægen for at se, om du har sår på foden, eller om du har problemer med dine tånegle. Lægen spørger dig, om du nogle gange har ondt i fødderne.



## Bevægelighed

Lægen vil bede dig bevæge dine arme og ben på forskellige måder for at undersøge, om der er nogen bevægelser, du har svært ved at lave.



## Følesans

Lægen spørger om du har føleforstyrrelse, fx om du ofte har snurrende fornemmelser i kroppen, eller om du har svært ved at mærke, når nogen rører ved din arm.



## Vaccinationer

Lægen spørger dig om:

- Du har fået vaccinationer og mod hvad.
- Hvis du er mellem 50 og 74 år vil lægen spørge, om du er blevet undersøgt for kræft i tyk- og endetarmen.

## HVIS DU ER KVINDE

Hvis du er kvinde, spørger lægen dig om:

- Du har fået foretaget en celleprøve ved en underlivsundersøgelse (gynækologisk undersøgelse). Alle kvinder over 23 år bliver tilbudt en celleprøve hver 3.år.
- Hvis du er 50 år, spørger lægen om du har været til røntgenundersøgelse af dine bryster for at undersøge, om der er kræft. Undersøgelsen hedder en Mammografi. Mammografi bliver tilbudt til alle kvinder over 50 år.



Materialet er lettere redigeret og udgivet i 2022 af Danske Handicaporganisationer i samarbejde med Dansk Selskab for Almen Medicin.

Tidligere versioner af materialet blev redigeret og udgivet i 2015 af Allerød, Egedal, Roskilde, Svendborg og Københavns Kommuner ifm. satspuljeprojektet "Fremme af lighed i sundhed og sundhedsvæsenet: Tidlig opsporing af sygdom hos borgere med betydelige kognitive og psykiske funktionsevnedssættelser".

Materialet er oprindeligt udarbejdet under ledelse af Danske Handicaporganisationer i forbindelse med pilotprojektet "Lige adgang til Sundhedsvæsenet" i 2011.

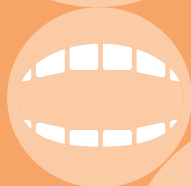
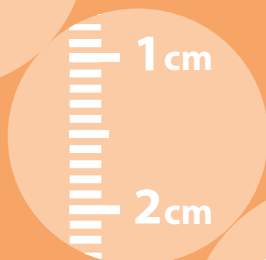
Illustrationer og fotos: Glad Design

Layout: Glad Design



# SUNDHEDSTJEK VED DIN LÆGE

information til  
personale på bosteder



## Indledning

Undersøgelser viser, at personer med en betydelig intellektuel eller psykisk funktionsnedsættelse har øget forekomst af en række somatiske sygdomme, uopdagede sygdomme og kortere levealder. Målgruppen har også vanskeligere end den resterende befolkning ved at efterspørge sundhedsydelse.

Både udenlandske og danske erfaringer viser, at et sundhedstjek hos den praktiserende læge kan mindske uligheden og forbedre sundheden for borgere med udviklingshandicap eller psykiatriske problemstillinger. Baseret på de gode erfaringer har det siden den 1/1 2022 været muligt for voksne på botilbud at få et sundhedstjek hos den praktiserende læge. Målgruppen er personer på 18 år og derover, som opholder sig på botilbud på grund af betydelig nedsat fysisk, psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Sundhedstjekket foregår på botilbuddet, så det kan gennemføres i forhold til borgerens behov og således, at det er muligt at sikre involvering af pårørende samt personalet på botilbuddet.

Sundhedstjekket gennemføres hvert andet år, men kan dog under særlige omstændigheder (fx komplicerede forløb eller mange kontakter med sundhedsvæsenet) benyttes en gang årligt.

Lægen har typisk forud for første sundhedstjek en kommunikation med personalet på botilbuddet og/eller pårørende.

I det følgende beskrives personalets rolle og opgaver i modellen for et sundhedstjek til personer med en fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse.

## Sundhedstjekket består af følgende:

- Borger og evt. dennes støtteperson bestiller tid ved egen læge til et sundhedstjek. Ved denne tidsbestilling skal lægen/almen praksis informere om, hvor og hvornår der skal tages blodprøve inden sundhedstjekket.
- Borgerens forberedelse til sundhedstjekket (i samarbejde med støtteperson/personale på botilbud/netværksperson).
- Udarbejdelse af en aftale/plan om fremtidig sundhedsindsats.

## Forberedelse inden der bestilles tid til sundhedstjek ved lægen

- Snak med borgeren om, hvad formålet med et sundhedstjek er, og hvordan det foregår. Det er væsentligt, at borgeren forstår hvorfor et sundhedstjek er vigtigt.
- Benyt evt. hjælpematerialet som er vedlagt. Her er en kort forklaring af sundhedstjekket og forklaring af de undersøgelser og test, der kan foregå før og under sundhedstjekket.
- Få borgerens samtykke til at borgeren ønsker at deltage i sundhedstjekket, herunder samtykke til at udveksle informationer med lægen.
- Har borgeren en værge skal denne evt. inddrages ift. samtykke.

## Forberedelse efter der er bestilt tid til sundhedstjek

Nedenstående forberedelse gennemføres:

- Hjælp borgeren med at bestille tid til blodprøve. Ved tidsbestillingen hos lægen blev der informeret om, hvor og hvornår der skulle tages blodprøve inden sundhedstjekket.
- Borgerens faste støtteperson eller selvvalgte netværksperson skal kunne ledsage borgeren. Borgeren beslutter, hvem borgeren ønsker som ledsager.
- Hjælp borgeren med at komme til sin aftale om blodprøve og støt borgeren, når blodprøven skal foretages, hvis borgeren ønsker støtte.
- Hjælp borgeren med at måle blodtryk. Der foretages 3 målinger på forskellige tidspunkter, sådan at resultatet afspejler borgerens normale blodtryk. Resultatet skrives i borgerens forberedelseskema.
- Hjælp borgeren med at blive vejret og målt, let påklædt uden sko. Ved måling af højde kan der evt. bruges en tommestok som sættes op mod væggen. Resultatet skrives på borgerens forberedelseskema.
- Hjælp borgeren med at udfylde forberedelseskemaet. Skemaet består af en række spørgsmål, der tilsammen tegner et billede af borgerens generelle helbredtstilstand.
- Hvis borgeren har en person i sit netværk, som borgeren ønsker, skal være ledsager ved sundhedstjekket, aftal da med netværkspersonen, hvordan vedkommende inddrages i forberedelsen.
- Medbring følgende til sundhedstjekket:  
**Borgerens medicinliste(r).**  
**Udfyldt spørgeskema med resultater fra blodtryksmåling, vægt og højde.**

## Selve sundhedstjekket

- Gennemgå evt. hvilke undersøgelser og test der skal foregå ved lægen inden lægebesøget, hvis borgeren har behov for dette.
- Aftal med borgeren, om du skal deltage under selve sundhedstjekket.
- Aftal med borgeren, om sundhedstjekket skal foregå i borgerens eget hjem eller evt. et andet egnet sted på botilbuddet.
- Sundhedstjekket kan vare fra 30-60 minutter, inklusiv forberedende samtale med borgeren, så hun/han er klar over at lægen kommer og foretager et sundhedstjek.
- Deltag i sundhedstjekket hvis aftalt med borgeren.

## Aftale/plan om fremtidig sundhedsindsats

- Lægen laver en aftale/plan med borgeren og pårørende/personale m.v., om indsatsen, så alle er bedre rustet til på egen hånd at hjælpe borgeren.
- Aftalen/planen kan omfatte en forebyggende indsats, en eller flere konkrete behandlingsindsatser eller henvisning m.v.
- Relevante pårørende/personale m.v. orienteres om planen.
- Hvis det er relevant, aftales opfølgende kontakt og/eller faste kontroller med lægen.



Materialet er lettere redigeret og udgivet i 2022 af Danske Handicaporganisationer i samarbejde med Dansk Selskab for Almen Medicin.

Tidligere versioner af materialet blev redigeret og udgivet i 2015 af Allerød, Egedal, Roskilde, Svendborg og Københavns Kommuner ifm. satspuljeprojektet "Fremme af lighed i sundhed og sundhedsvæsenet: Tidlig opsporing af sygdom hos borgere med betydelige kognitive og psykiske funktionsevnedssættelser".

Materialet er oprindeligt udarbejdet under ledelse af Danske Handicaporganisationer i forbindelse med pilotprojektet "Lige adgang til Sundhedsvæsenet" i 2011.

Illustrationer og fotos: Glad Design

Layout: Glad Design

## Tilrettelæggelse af det fælleskommunale kriminalpræventive tilsyn med domfældte udviklingshæmmede i Region Syddanmark

Når udviklingshæmmede begår kriminalitet, kan retten vælge at idømme borgeren en foranstaltning med en socialpædagogisk indsats efter straffelovens § 68.

For at løfte denne forpligtigelse er der indgået en aftale mellem kommunerne i Syddanmark og Region Syddanmark, hvor sidstnævnte har ansvaret for drift af et fælles Samråd og Tilsyn for udviklingshæmmede lovovertrædere. Samarbejdet har fungeret siden 2007.

Samrådets opgave er at udtale sig vejledende om sanktionsformer og retsfølger for udviklingshæmmede lovovertrædere til anklagemyndigheder og statsadvokaturer. Alle kommuner i Region Syddanmark er med i samrådsordningen.

Tilsynets opgave er at understøtte, at den domfældte udviklingshæmmede ikke er underlagt en foranstaltning længere end nødvendigt, hvorfor tilsynet overordnet skal påse, at den domfældte overholder dommens vilkår og ikke begår ny kriminalitet. Alle kommuner er med i det fælleskommunale tilsyn bortset fra Vejle og Faaborg-Midtfyn kommuner, der som udgangspunkt har deres eget tilsyn. Den objektive finansiering for samrådsfunktionen og taksterne for tilsyn findes på [www.samraadsyddanmark.dk](http://www.samraadsyddanmark.dk).

### Lovgivning

Lovbekendtgørelse nr. 265. af 25. februar 2022 om retssikkerhed og administration på det sociale område.

*§ 16 a: Kommunalbestyrelsen fører et kriminalpræventivt tilsyn med personer, som i henhold til dom eller kendelse eller som vilkår for tiltalefrafald eller prøveløsladelse skal undergives tilsyn af de sociale myndigheder. Dette tilsyn føres af den kommune, der har pligt til at yde hjælp, jf. §§ 9 og 9a.*

*Kommunalbestyrelsen kan træffe afgørelse om ophold i en boform efter § 108 i lov om social service.*

*Stk. 2. Social- og ældreministeren kan fastsætte regler om de sociale myndigheders tilsyn.*

Øvrige love og regler: straffelovens § 16, § 68 og § 68 a. Serviceloven, herunder servicelovens regler om magtanvendelse. Retssikkerhedsloven.

### Tilsynets parter

- Handlekommunen / tilsynsmyndigheden.
- Det fælleskommunale tilsyn / det udøvende tilsyn.

### Formål med tilsynet

Formålet med det fælleskommunale kriminalpræventive tilsyn er at understøtte de syddanske kommuner i at løfte deres myndighedsforpligtelse og sikre et uafhængigt fokus på den kriminalpræventive indsats.

Tilsynet understøtter arbejdet med, at den domfældte overholder dommens vilkår, ikke begår ny kriminalitet samt, at pågældende ikke er underlagt en foranstaltning længere end nødvendigt.

### Ansvars- og opgavefordeling mellem tilsynet og handlekommunen

Handlekommunen skal som myndighed og på baggrund af dommen bevilge og iværksætte den nødvendige kriminalpræventive indsats for den domfældte borger. Dette gælder, uanset om handlekommunen har et forudgående kendskab til borgeren.

Det kriminalpræventive tilsyn sikrer, at der fastholdes et kriminalpræventivt fokus omkring den domfældte borger, men tilsynet kan som absolut udgangspunkt ikke stå alene som kriminalpræventiv indsats. Tilsynet er ikke knyttet op på andre forpligtelser og omfatter således ikke andre socialpædagogiske indsatser som fx ledsagelse og bostøtte, ligesom tilsynet ikke er tillagt magtbeføjelser.

Tilsynet udføres på kommunens vegne, og da det er kommunen, der er myndighed, er der ingen myndighedsbeføjelser knyttet til det fælleskommunale tilsyn. Men tilsynet indgår som en vigtig

sparringspartner, der med højt specialiseret viden på området kan bistå handlekommunen med rådgivning om relevante kriminalpræventive tiltag, så handlekommunen har mulighed for at løfte myndighedsopgaven i forhold til dommens præmisser.

## Retningslinjer og sagsgange for tilsynets udførelse og indhold

### Tidlig inddragelse af tilsynet.

*Nye sager før dom:* Anklagemyndigheden anmoder Samrådet om en udtalelse, hvorefter samrådssekretariatet sikrer, at der er grundlag for at behandle sagen, dvs. at en syddansk kommune er handlekommune. Kommunen orienteres om Samrådets anbefaling umiddelbart efter, at sagen har været behandlet på Samrådsmøde. Tegner anbefalingen i retning af dom til anbringelse, kan kommunen således tidligt påbegynde afsøgningen af muligt anbringelsessted. Det er vigtigt, at tilsynet er med i forløbet så tidligt som muligt for at forberede tilsynsopgaven og etablere kontakt til de relevante personer, herunder domfældte. Det tilstræbes, at tilsynet deltager i retsmøder.

*Nye sager efter dommen:* Når dommen er afsagt, orienterer tilsynet den domfældte om, hvilken kommune der er handlekommune, hvem der er tilsynsførende, dommens vilkår, hvad disse indebærer, og hvilke rettigheder vedkommende har. Dommen fremsendes typisk til samrådssekretariatet, som videresender til kommunen straks den modtages fra Retten eller Anklagemyndigheden. Såfremt dommen i stedet fremsendes direkte til kommunen, videresender kommunen til Samrådets sikre mail: [samraad@rsyd.dk](mailto:samraad@rsyd.dk)

### Samarbejde mellem tilsynet og handlekommunen.

Tilsynet og handlekommunen skal ved opstart af en ny tilsynssag i fællesskab lave en forventningsafstemning i forhold til samarbejdet omkring den domfældte borger.

Det kan *eksempelvis* være aftaler omkring:

- Kontaktperson. Hvem er tilsynets kontaktperson i kommunen.
- Mødehyppighed og form. Hvor ofte skal parterne mødes og hvordan.
- Det årlige møde. Der afholdes minimum et årligt fællesmøde omkring den enkelte borger. Det kan fx være det årlige status-/handlemøde.
- Kommunikation. Hvor ofte, hvordan og om hvad skal der kommunikeres. Hvordan sikres det, at begge parter er opdaterede omkring borgeren.
- Oplysninger. Hvilke typer oplysninger er nødvendige for henholdsvis tilsynet og kommunen.

*Listen er ikke udtømmende.*

I alle nye sager udarbejder tilsynet en tilsynsplan, der beskriver den tilsynsførendes umiddelbare førstehåndsindtryk af borgeren, præciserer alvoren i sagen og sikrer, at tilsynsførendes viden kommer videre til kommunen. Det tilstræbes, at tilsynsplanen udarbejdes efter 2-3 besøg og indeholder oplysninger om tilsynsførende, kriminaliteten, dommen, tilsynets opstartsdato, hyppighed af tilsyn i starten, boligforhold, borgerens ressourcer, ønsker og barrierer for forandring herunder diagnoser, misbrug og evt. anbefalede støtteforanstaltninger.

Tilsynsplanen skal ses som en orientering til kommunen og kan være med til at understøtte myndighedsopgaven vedrørende den kriminalpræventive del af borgerens handleplan. Udarbejder kommunen handleplanen, før tilsynsplanen er udarbejdet, anbefales det, at kommunen kontakter tilsynsførende for input.

Tilsynsplanen følges efterfølgende op af de årlige udtalelser i forbindelse med Statsadvokatens kontrolhøring og eventuelt ved udtalelser til Anklagemyndigheden i forbindelse med ny kriminalitet.

Tilsynet bistår handlekommunen med specialiseret rådgivning og sparring omkring den kriminalpræventive indsats, eksempelvis i forhold til hvilke støtteforanstaltninger, der er relevante, hvilke mål der kan opstilles, udgangsbestemmelser mm. Kommunen har til enhver tid mulighed for at kontakte tilsynsførende for sparring og input.

Der er endvidere mulighed for med jævnlige interval at holde mere generelle informations- og samarbejds møder mellem handlekommune (fx myndighedschef og sagsbehandlere), tilsynsførende og samrådsformand.

Hvis den domfældte ikke har en kommunal indsats.

Som anført ovenfor påhviler tilsynsforpligtelsen handlekommunen, uanset om kommunen har et forudgående kendskab til borgeren, og uanset om borgeren ønsker det. Ofte vil den domfældte borger være tilknyttet kommunens voksen-/handicapafdeling, men der er tilfælde, hvor borgeren eksempelvis er tilknyttet børn- og familieafdelingen eller jobcenteret, eller hvor borgeren slet ikke modtager en kommunal indsats. Ansvar for iværksættelsen af den kriminalpræventive indsats påhviler kommunen som samlet enhed og ikke nødvendigvis en bestemt afdeling.

Uanset om borgeren modtager en kommunal indsats eller ej, har tilsynet brug for en kommunal kontaktperson som sparringspart og myndighedsperson, hvorfor kommunen må udpege en sådan til tilsynet.

Afslutning af borgere ved ophør af dom, flytning fra kommunen mv.

Når tilsynet med den domfældte ophører, uanset om det er, fordi dommen ophører, eller pågældende flytter til en anden kommune, skal der altid være en kontakt mellem tilsynet og handlekommunen for at sikre, at alle er klar over deres rolle i forhold til den fremadrettede indsats over for borgeren.

Såfremt borgeren fraflytter en kommune, er det fraflytningskommunens forpligtelse at orientere tilflytningskommunen om, at der tilflytter en borger med dom. Dette kan gøres uden samtykke fra borgeren og skal sikre, at tilflytningskommunen kan handle på sin tilsynsforpligtelse.

Løbende orientering.

Tilsynet informerer kommunen og andre relevante instanser, så snart der opstår problemer, som kan have betydning for retssikkerheden eller for udførelsen af tilsynsforpligtelsen. Opstår der problemer med borgeren vedrørende overholdelse af dommen, er det tilsynsførendes opgave evt. i samråd med kommunen at informere Statsadvokaturen. Kommunen skal i øvrigt i alle særlige situationer orienteres om forløbet. Tilsvarende skal kommunen orientere tilsynet om alle forhold af relevans for dommen og den relevante kriminalpræventive indsats.

Tilsynets kontakt til Samrådet.

Tilsynet udarbejder efter anmodning fra Samrådet en udtalelse om forløbet for den pågældende borger. Udtalelsen indgår i Samrådets anbefaling til Statsadvokaten i forbindelse med den årlige kontrolhøring eller til anklagemyndigheden i forbindelse med ny kriminalitet. Handlekommunen får tilsendt både tilsynets udtalelse og Samrådets anbefaling.

## Den tilsynsførendes kontakt med den dømte

Det er vigtigt for tilsynet at have en tæt og kontinuerlig kontakt til borgeren med henblik på at understøtte, at risikoen for yderligere kriminalitet mindskes. Der skal være tid nok til, at tilsynet lærer den dømte godt at kende og kan opbygge et tillidsforhold til vedkommende, og det tilstræbes, at samme tilsynsførende er tilknyttet domfældte i hele perioden. Med udgangspunkt i dommen skal tilsynet medvirke til at skabe udvikling på borgerens egne præmisser ud fra realistisk udformede mål. Tilsynet bør så vidt muligt forankres i det miljø, hvor den dømte opholder sig.

Dette skal ses i lyset af, at det er vigtigt at begrænse tilsynets indgriben til det nødvendige, således at sanktionen står mål med kriminaliteten, og der udvises respekt for den pågældendes måde at leve sit liv på. Den tilsynsførende kan komme uanmeldt på institutionerne og øvrige steder, hvor borgeren bor. Antallet af tilsynsbesøg til den enkelte borger tilrettelægges altid med udgangspunkt i borgerens konkrete forhold og behov. For anbragte på botilbud, hvor der er daglig pædagogisk støtte, vil det som udgangspunkt være naturligt, at besøgene koordineres med hyppigheden af møder med og afrapporteringer til kommunen. Som vejledende udgangspunkt planlægges med et besøg hver måned til borgere i private boformer og hver

anden måned til borgere i offentlige botilbud, men udgangspunktet kan fraviges i begge retninger, afhængig af forholdene for den enkelte borger, herunder om det er muligt at få kontakt til og træffe borgeren hjemme.

Tilsyn kan efter omstændighederne også foretages telefonisk.

### Organisering og praktiske forhold

Organisatorisk er tilsynet tilknyttet Regionshusets socialområde med reference til Samrådets formand.

Opgaveløsningen er organiseret uden om det øvrige socialområde.

For at understøtte videndeling og erfaringsudveksling, vedligeholde et specialiseret fagligt miljø samt opretholde en høj kvalitet er det væsentligt, at tilsynet i nødvendig udstrækning afholder fællesmøder og tilbydes supervision.

Ved sygdom er udgangspunktet, at de øvrige tilsynsførende udfører tilsynet med borgere tilknyttet den sygemeldte. De tilsynsførende er udstyret med billedlegitimation.

Regionshuset den 13. oktober 2022

Lea Friberg, Formand for Samrådet.

Godkendt Socialdirektørforum den XX

### Supplerende oplysninger:

Kontaktoplysninger til tilsyn og Samråd/samrådssekretariat:

<https://samraadsyddanmark.dk/tilsyn/kontakt-til-tilsynsførende>

<https://samraadsyddanmark.dk/medlemmer>

Tilsynspjece:

<https://samraadsyddanmark.dk/tilsyn/pjece-tilsyn-med-domfaeldte-udviklingshaemmede-borgere-i-region-syddanmark>

## Punkt 12: Sundhedstjek til borgere på botilbud

### *Indstilling*

Forretningsudvalget indstiller til Socialdirektørforum, at

- drøfte notatet med principperne for gennemførelse af sundhedstjek på botilbud herunder forventningerne til botilbuddene,
- drøfte om og i givet fald hvordan en liste over botilbud eventuelt kan fremskaffes,
- drøfte hvordan relevant information kan kommunikeres ud til botilbuddene og
- drøfte udarbejdelse af et brev.

### *Skriftlige bemærkninger fra Odense Kommune:*

Odense Kommune vurderer, at det er positivt med en større opmærksomhed på sundhed blandt beboere på bosteder og på det specialiserede område generelt. Det handler grundlæggende om at imødegå ulighed i sundhed.

Betegnelsen ulighed i sundhed dækker over det forhold, at levevilkår, sundhed og sygdom er systematisk skævt fordelt i samfundet: Jo dårligere borgerne er stillet socialt set, jo højere sygelighed og dødelighed har de statistisk set. Eksempelvis er overlevelsen af kræft højere blandt borgere med høj uddannelse og indkomst end blandt borgere, der ikke er i beskæftigelse eller har en lav indkomst. Tilsvarende benytter borgere med lav uddannelse sig i mindre grad af sundhedsvæsnets tilbud om screeninger, vaccinationer, lægebesøg mv. Hvilket igen giver risiko for mere komplekse sygdomsforløb.

Sundhedsstyrelsens har med rapporten "Social ulighed i sundhed og sygdom" dokumenteret udtalt social ulighed i sundhed i Danmark, og senest har Sundhedsstyrelsen i oktober 2022 afdækket viden om ulighed i sundhed på baggrund af en række indsatser til mennesker med kronisk sygdom. Afdækningen identificerer udfordringer og potentialer inden for kronisk sygdom og social ulighed og peger på indsatser, som kan medvirke til at imødegå ulighed i sundhed. Rapporten konkluderer blandt andet, at "der fortsat er et væsentligt potentiale i forhold til at tilrettelægge sundhedsindsatser på en måde, der tager højde for social ulighed ved at reducere barrierer i forhold til rekruttering, deltagelse og udbytte.

Så længe der ikke kommer mere fokus på sundhed for målgruppen på det specialiserede område, vil der fortsat være udtalt ulighed i sundhed, som bl.a. betyder, at de i gennemsnit dør 15 tidligere end resten af befolkningen – bl.a. af somatiske sygdomme, som kunne have været behandlet, såfremt der havde været et tilstrækkeligt sundhedsfagligt fokus herpå.

Odense Kommune oplever generelt, at det kan være vanskeligt at få egen læge til at aflægge besøg på botilbud, når der ikke er tale om akutte formål. Odense Kommune vurderer derfor, at hvis botilbud skal tage initiativ til første sundhedstjek, skal det ske ved at rette henvendelse til læge, mens selve koordineringen herefter sker via lægens praksis. Ellers er der risiko for, at personalet på botilbuddet kan komme til at bruge meget tid på koordinering og indgåelse af aftaler.

Odense Kommune finder det derudover vigtigt, at borgeren så vidt muligt kommer i egen lægepraksis ift. at få gennemført deres sundhedstjek og ikke omvendt.

Det begrundes blandt andet i, at Odense Kommune finder det afgørende at fastholde rehabiliteringstænkningen også når det gælder lægebesøg.

I punktet er der beskrevet en del forberedelsesarbejde, hvor opgaven ligger hos botilbuddene. Det er Odense Kommunes vurdering, at der her er tale om en ufinansieret opgaveudvidelse af et større omfang, som de ikke umiddelbart bare kan varetage.

Odense Kommunes holdning er derfor, at både Odense Kommune men også de syddanske kommuner generelt bør være meget påpasselige med at acceptere, at vores opgavefelt udvides uden den finansieres.

Der bør derfor i behandlingen af punktet i Socialdirektørforum fremhæves, at kommunerne trækker i bremsen ift. den ufinansierede del af opgaven.

Det medfører følgende tilbagemelding fra Odense Kommune ift. opgaverne beskrevet i indstillingspunkterne:

- Odense Kommune melder botilbud ind til almen praksis gennem KLU
- Odense Kommune sikrer, at første tjek lægges i kalenderen og koordineres om tidspunkt
- Odense Kommune bistår borgere til lægebesøg i det omfang vi plejer – men ikke med en udvidet undersøgelsesmedhjælp.

Odense Kommune understøtter, at borgere kan komme til egen læge fremfor, at lægen kommer til borgeren.