



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
www.socialstyrelsen.dk

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

Download eller se rapporten på www.socialstyrelsen.dk
Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse af kilde.

ISBN: 978-87-94371-04-9



Indhold

Anbefalinger	5
1. Indledning	9
1.1 Forløbsbeskrivelsens formål	11
1.2 Læseguide.....	11
1.3 Begrebsafklaring.....	11
2. Målgruppen	13
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
3. Faglige indsatser	22
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

4. Organisering og samarbejde	44
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
5. Økonomisk forløbsanalyse	51
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
6. Anvendelse af og opfølgning på forløbsbeskrivelsen	62
6.1 Implementering af forløbsbeskrivelsen	63
6.2 Opfølgning på forløbsbeskrivelsens anvendelse	63
7. Referencer	64
8. Bilag	71
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 graviditeten¹.

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.

¹ Læs mere i Forløbsbeskrivelse. Udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug på 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 referencegruppe², 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

² 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 samlebetegnelse for medfødte skader som følge af udsættelse for alkohol i fostertilværelsen. Begrebet omfatter Partielt Føtal alkoholsyndrom (pFAS) og Alcohol-related Neurodevelopmental Disorder (ARND), samt den alvorligste grad af føtal alkoholskade, Føtal 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 alkohol³, 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 udviklingsforstyrrelser⁴ (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 familieleven, fritidsliv og dagtilbud/skole.

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

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).

+ 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 skrike.
- 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 oplystes 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 rusmiddeleksponeret

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 retar- deret, 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 hjem- met, at Søren på grund af moderens meget begrænsede forældreevner, skal anbringes i plejefamilie. Herud- over 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 opholds- stedet har været på kursus i tilgang til føtalt 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 vanskeligheder⁵, 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
Målgruppen, totalt	1.996	2.208	2.609	2.906	3.206

Anm.: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik. Opgørelsetidspunktet 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 2019-2021⁶. 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

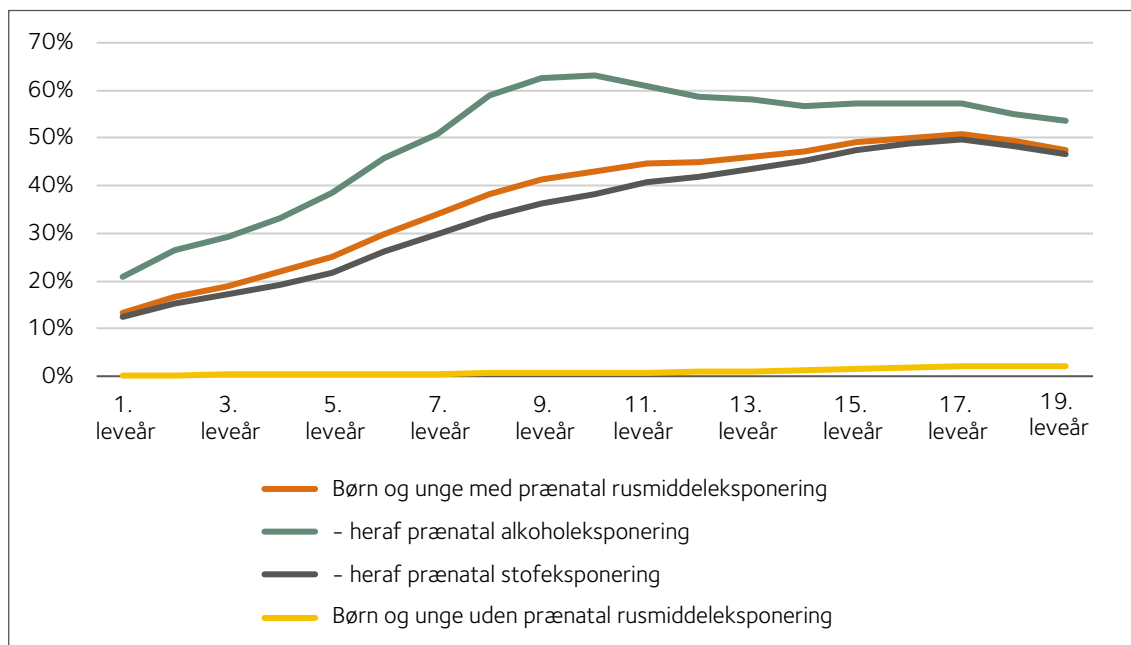
CASE: Anton bliver anbragt i plejefamilie

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 APGAR⁷ 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.

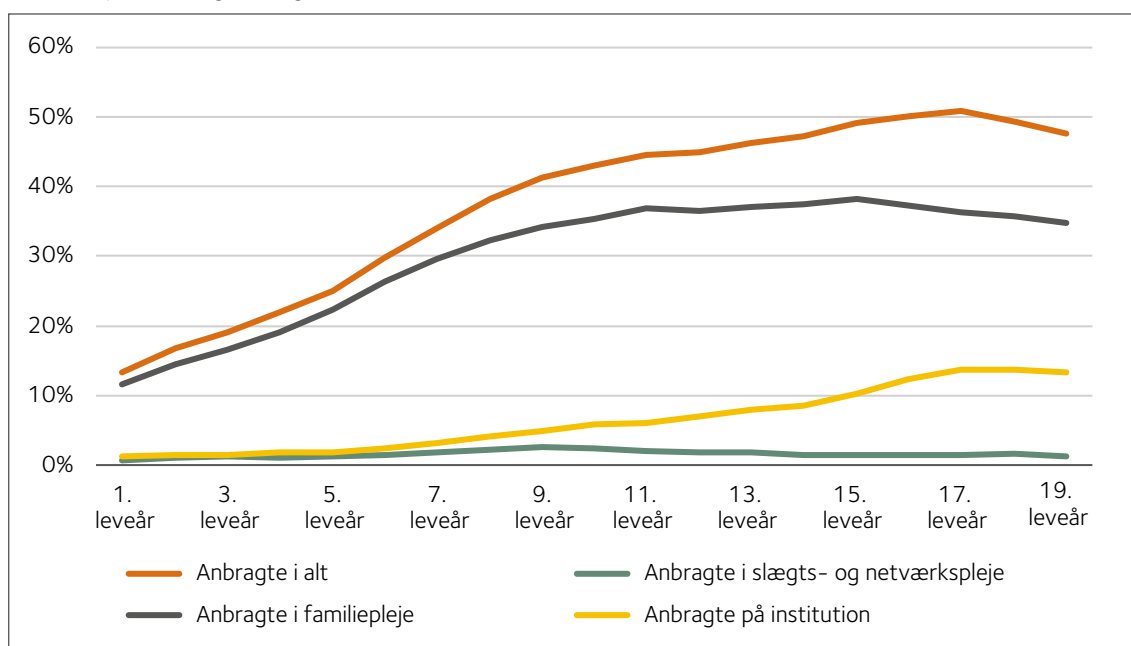
Figur 1: Andel børn med og uden prænatal rusmiddeleksponering anbragt uden for hjemmet i perioden 1.-19. leveår fordelt på leveår



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).

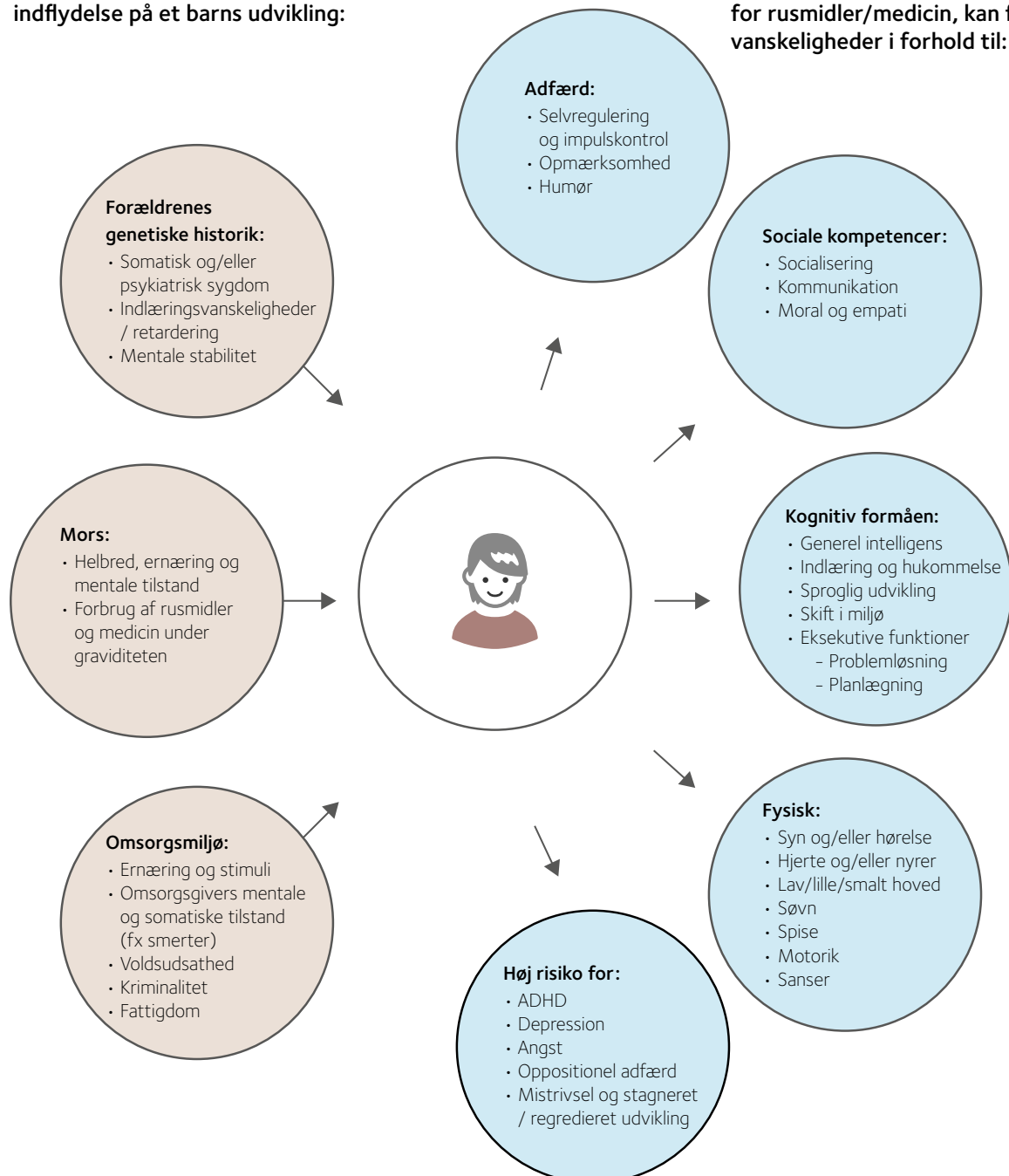
Påvirkning og vanskeligheder i relation til barnets udvikling

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 funktionsevne⁸.

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

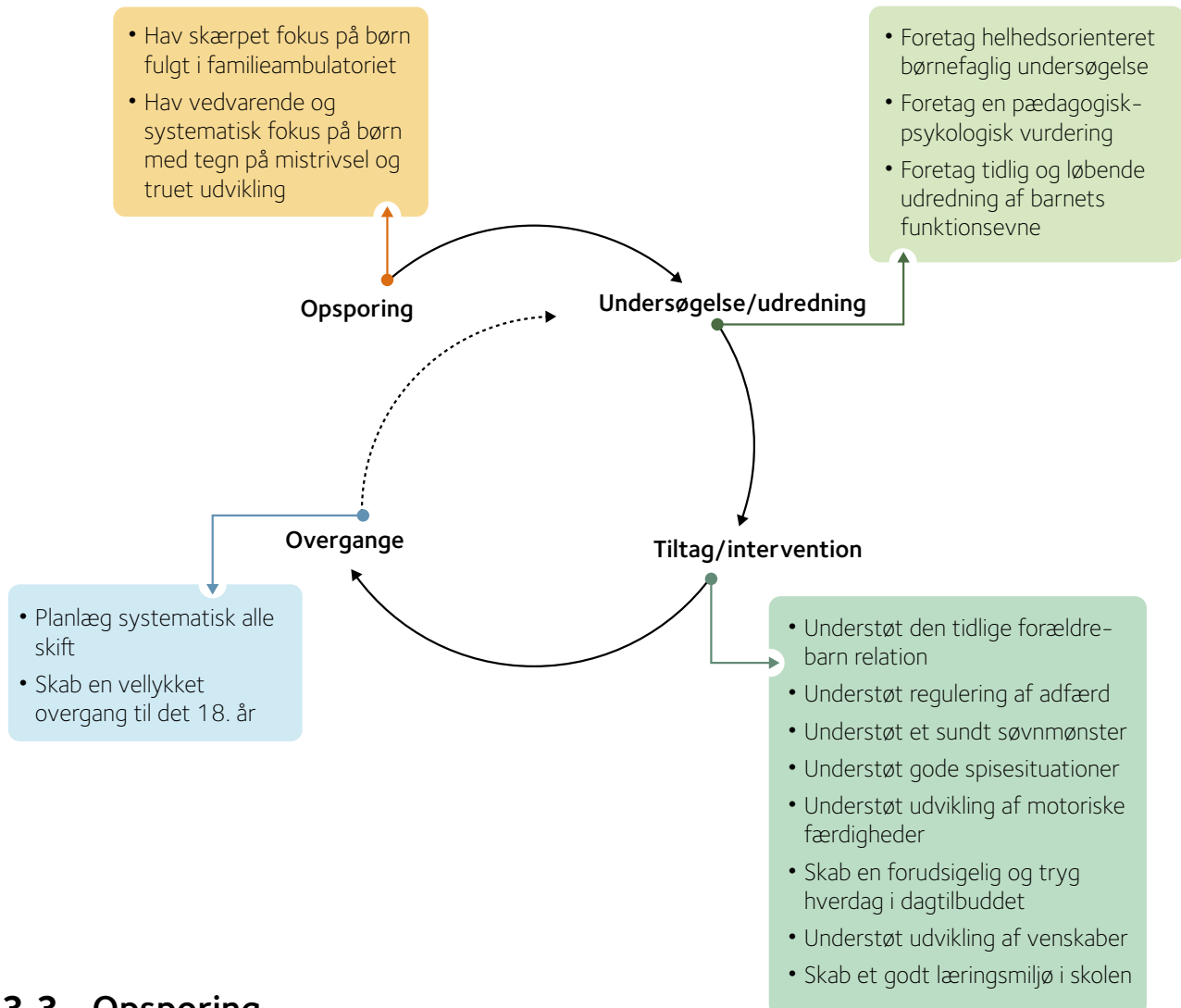
Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) er en del af Socialstyrelsen og har opgaver fastlagt i serviceloven. VISO rådgiver kommuner og borgere samt kommunale, regionale og private tilbud. VISO kan fx rådgive om, hvordan kommunen kan tilrettelægge en faglig indsats, eller hvad et 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://www.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 indsatser 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: - Opmærksomhedspunkter⁹ ifm. opsporing af børn i målgruppen

Alderstrin	Opmærksomhedspunkter
Spædbørn	<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>
Småbørn, som ovenfor +	<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>
Skolebørn, der har svært ved at:	<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>
Unge, der har svært ved:	<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

⁹ 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

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 mistvivsel 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 mistvivsel 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 mistvivsel 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](#)

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](#)

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 graviditeten¹⁰ (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](#)

! 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

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 prænatalt 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 perception¹¹, hukommelsesmæssige, eksekutive¹² 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 grundkursus¹³, 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

¹³ 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

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

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

Dagtilbudsloven § 4, stk. 2: Støtte i dag-, fritids-, eller klubtilbud mv. for understøttelse af udvikling og læring

Find Dagtilbudsloven på 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

! 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

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: Start siden 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.

Start siden 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 indsatser¹⁴.

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

¹⁴ 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 uddannelsen¹⁵ 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 år¹⁶. Det har stor betydning, at overgangen til voksenlivet planlægges i god tid, så der sikres kontinuitet og trykthed omkring fremtiden for den unge. Forberedelsen

¹⁵ Læs mere på uvm.dk.

¹⁶ 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 jævnaldrende. 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 ¹	●	●	●	●	●
	Den kommunale børne- og ungdoms tandpleje			●	●	●
	Familieambulatoriet ²	●	●	●	●	●
	Børne- og ungdomspsykiatri		●	●	●	●
	Børneafdeling	●	●	●	●	●
	Ergo- og fysioterapeut		●	●	●	●
	Den kommunale familieafdeling	●	●	●	●	●
	Familiepleje	●	●	●	●	●
Døgntilbud		●	●	●	●	
PPR			●	●	●	
Dagtilbud/særlig dagtilbud			●			
Skole/specialundervisning				●		
Ungdomsuddannelse					●	
Den kommunale ungeindsats (KUI)				●	●	

¹ Den kommunale sundhedstjeneste kan bestå af læger, sundhedsplejersker og andet personale, der varetager opgaver efter sundhedsloven.

² 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](http://socialstyrelsen.dk)
- Dialoglinealen – [læs mere på socialstyrelsen.dk](http://socialstyrelsen.dk)
- De tre Huse - Feen og Trolden – [læs mere på vidensportalen.dk](http://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 Folkeskoleloven 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

Familieambulatoriet¹⁷ 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

¹⁷ 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

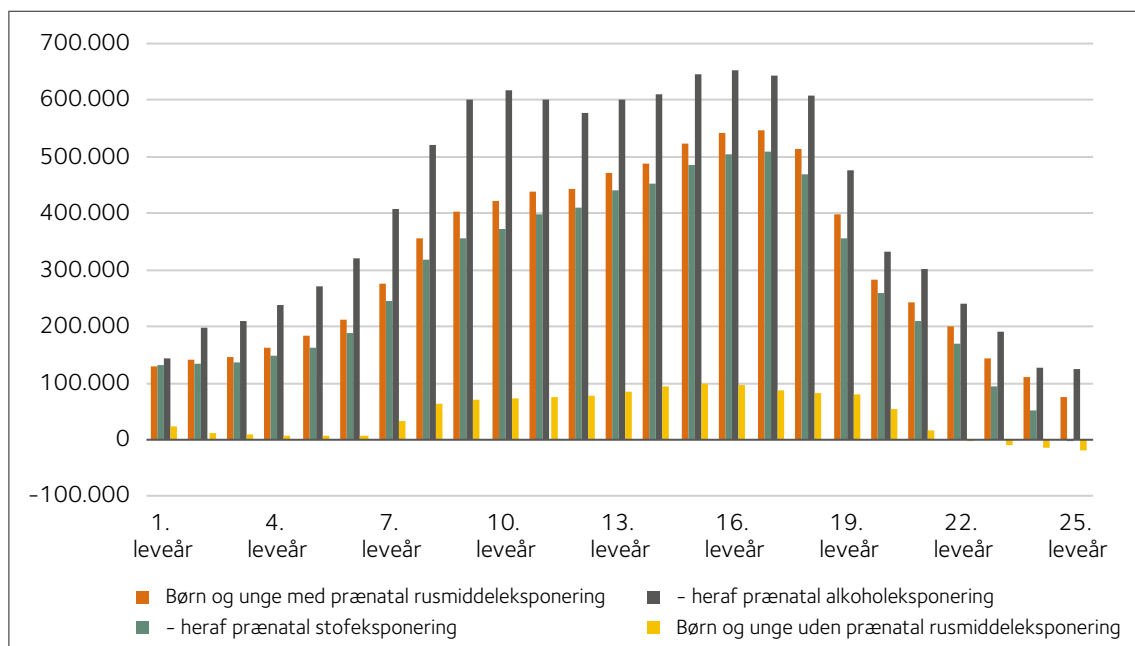
funktionsnedsættelser som følge af prænatal rusmiddeleksponering. Når denne afgrænsning alligevel anvendes til at opgøre målgruppens livsforløbsudgifter skyldes det, at komplekse problemer som følger af prænatal rusmiddeleksponering ofte ikke er kendt ved fødslen og derfor ikke kan afgrænses i de nationale 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.

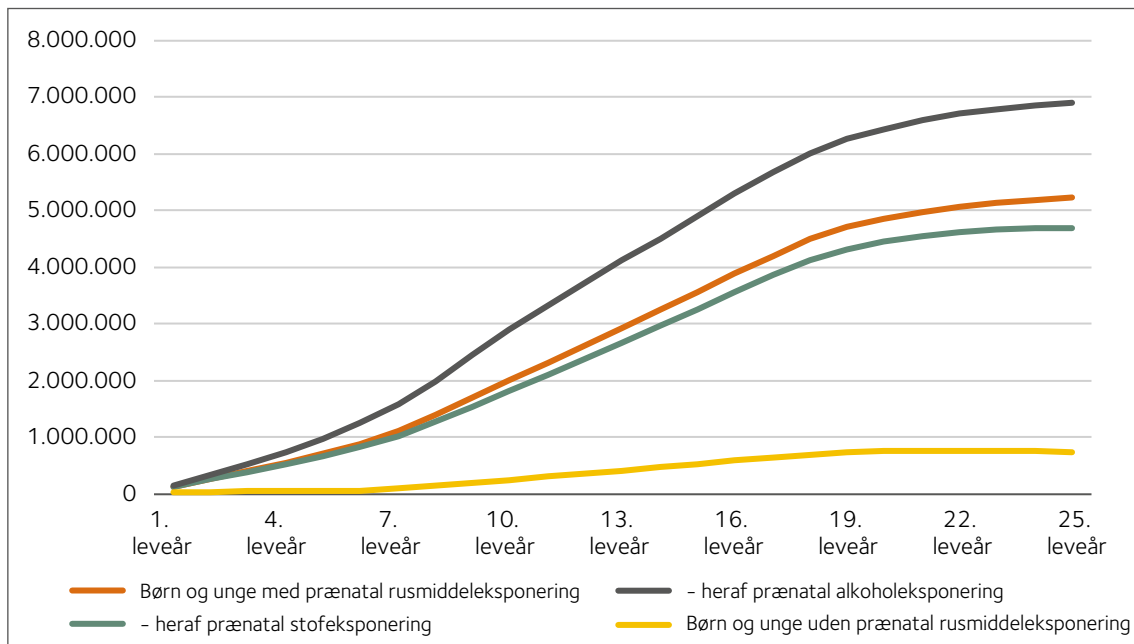
De offentlige udgifter for den samlede målgruppe er væsentligt højere (i alt ca. 5,2 mio. kr.) sammenlignet med offentlige udgifter for børn og unge uden prænatal rusmiddeleksponering (i alt ca. 0,7 mio. kr.), jf. Figur 6. Særligt børn og unge med prænatal alkoholeksponering har højere offentlige udgifter (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.

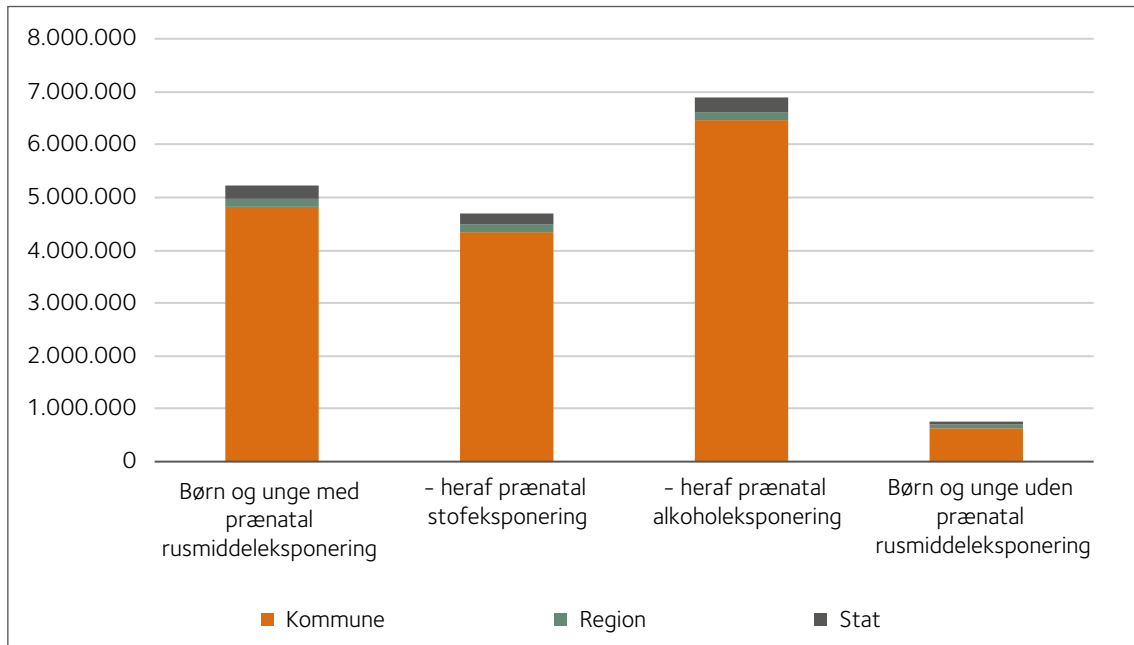
Det er særligt kommunerne, der har højere udgifter forbundet med børn og unge med prænatal rusmiddeleksponering, jf. figur 7. Kommunernes udgifter forbundet med målgruppen er næste otte gange højere sammenlignet med kommunernes udgifter forbundet med børn og unge uden prænatal rusmiddeleksponering. Ses 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.

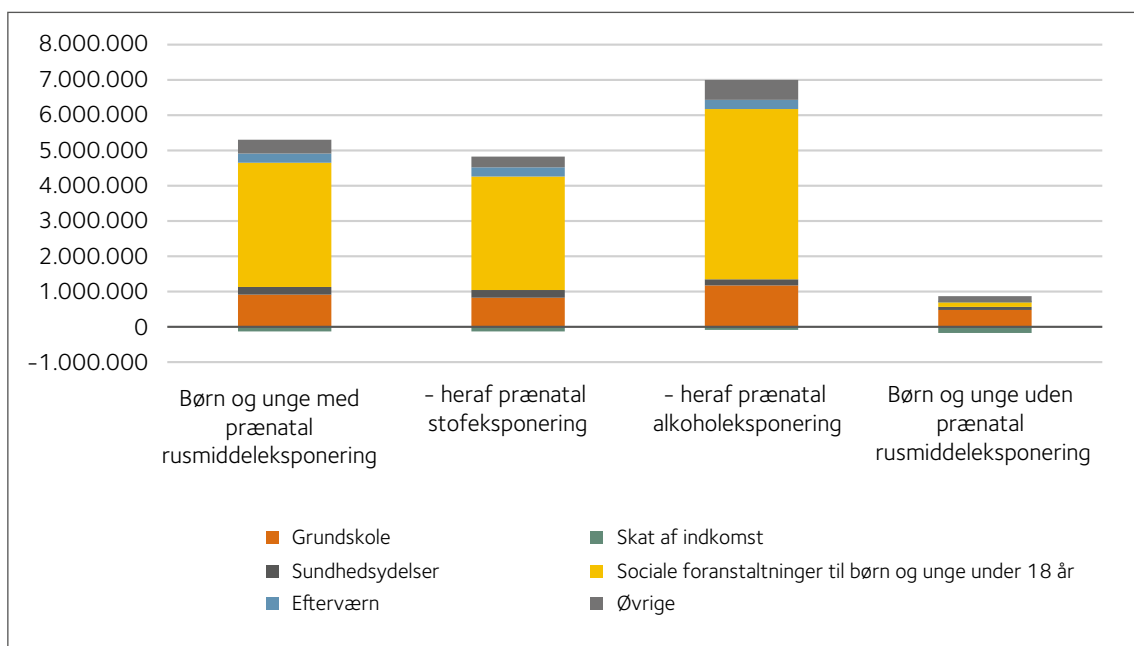
Figur 7: Gennemsnitlige offentlige udgifter forbundet med *børn og unge med og uden prænatal rusmiddeleksponering* i alt fordelt på aktører
Kr., 2021-priser



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.

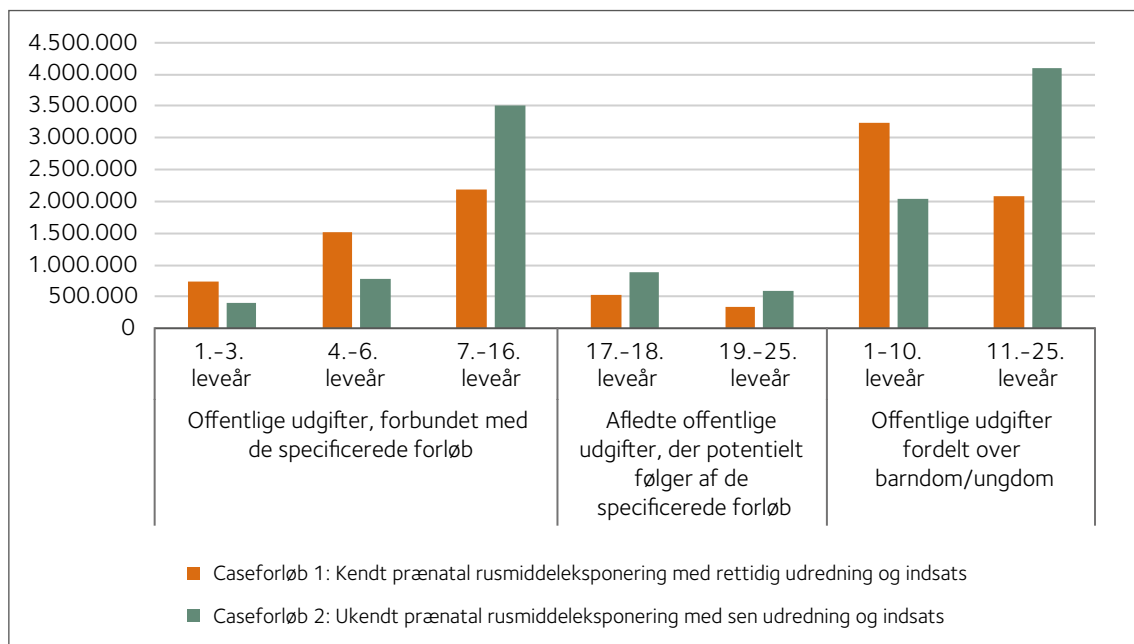
De direkte offentlige udgifter på social- og specialundervisningsområdet forbundet med scenariet for caseforløb 1 fra barnets 1.-16. leveår beløber sig til ca. 4,5 mio. kr., mens de samme direkte offentlige udgifter forbundet med scenariet for caseforløb 2 fra barnets

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.

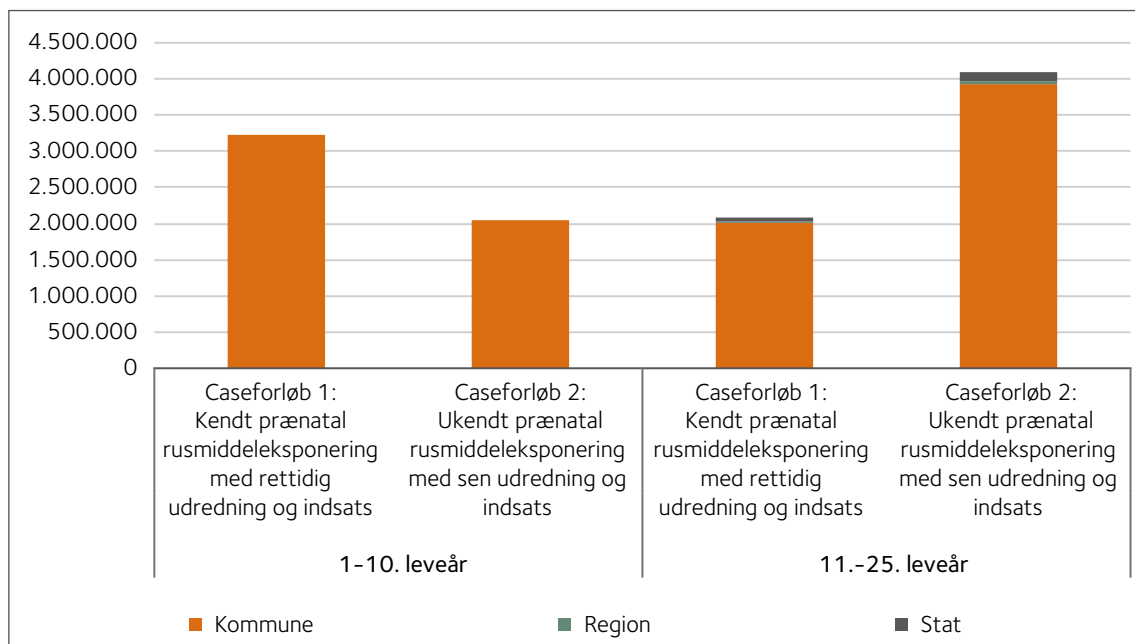
Stort set alle de offentlige udgifter i begge forløb (hhv. 98 pct. i caseforløb 1 og 97 pct. i caseforløb 2) afholdes af kommunen, jf. figur 10.

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.

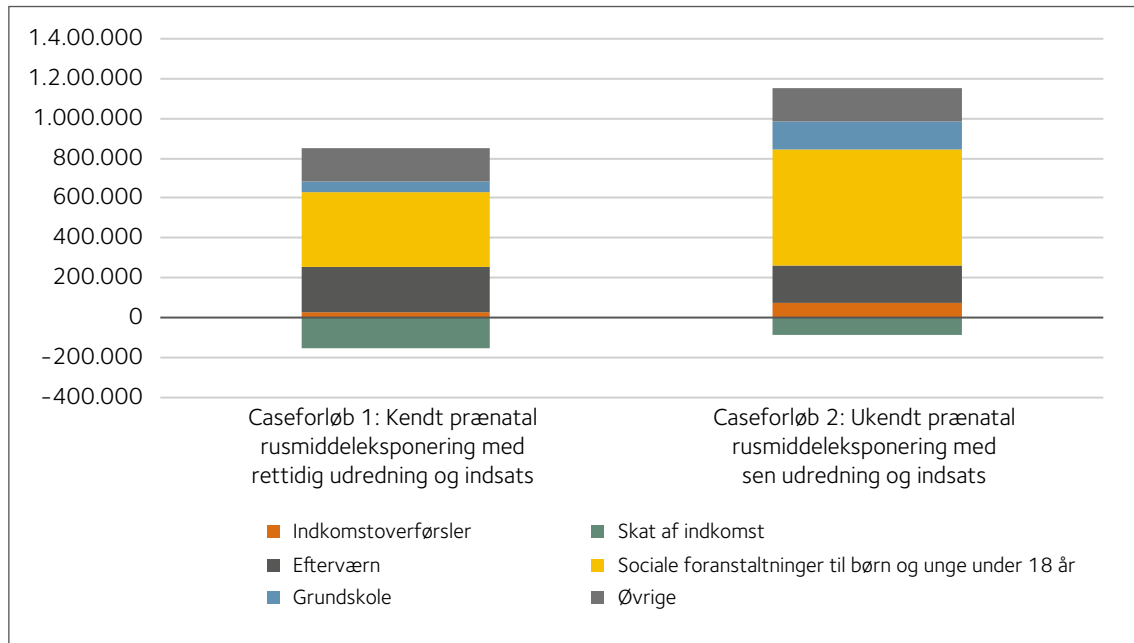
Figur 10: Offentlige udgifter forbundet med forskellige caseforløb for børn og unge med prænatal rusmiddeleksponering fordelt på aktører
Kr., 2021-priser, nutidsværdi i første leveår



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 foreldrekompetanse 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 [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. [Online] 2020. www.uvm.dk [Citeret: 17. 11 2021.]
96. Undervisningsministeriet, Børne- og Særlig tilrettelagt ungdomsuddannelse. Børne- og Undervisningsministeriet. [Online] 2022. www.uvm.dk [Citeret: 8. 11 2021.]
97. Socialstyrelsen. Overgangen til voksenlivet for unge med handicap. [Online] 2021. 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 [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 udspringer 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"> • Aktions- og bi-diagnoser <p><i>Opgørelsetidspunkt:</i> pr. 31 december.</p> <p><i>Diagnosekoder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • DP961: Abstinenssymptomer hos nyfødt f.a. moders stofafhængighed (NAS) • DP962: Abstinenser hos nyfødt ved terapeutisk brug af lægemiddel • DQ860 Føtal alkoholsyndrom (FAS) • DP043: Alkoholbrug hos moder med følger for nyfødt • DP044: Stofmisbrug hos moder med følger for nyfødt • DZ071A: Prænatal eksposition for alkohol • DZ071B: Prænatal eksposition for anden psykoaktiv substans • DZ071B1: Prænatal eksposition for opioid • DZ071B1B: Prænatal eksposition for buprenorfin • DZ071B1H: Prænatal eksposition for heroin • DZ071B1M: Prænatal eksposition for metadon • DZ071B1P: Prænatal eksposition for andet opiat • DZ071B2: Prænatal eksposition for cannabis • DZ071B3: Prænatal eksposition for benzodiazepin • DZ071B4: Prænatal eksposition for barbiturat • DZ071B5: Prænatal eksposition for kokain • DZ071B6: Prænatal eksposition for amfetamin • DZ071B7: Prænatal eksposition for anden centralstim/psykoaktiv subst

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 ¹⁸
	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 ¹⁹	Psykolog/ Neuropsykolog	x	x	x		
	Sensorisk profil ved 3 års alder	Ergo- eller fysioterapeut		x	x		
Indsats	Lægeundersøgelse Henvisning til specialafdelinger ²⁰	Pædiater	x	x	x		
	Rådgivning i fm. søvnevanskeligheder			x	x		
	Netværksmøder Underretninger Rådgivning og konsultativ bistand ²¹	Socialrådgiver ²² 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"> SEL § 49 a. stk. 1-4 				
Faglig hjælp og støtte <ul style="list-style-type: none"> SEL § 11 stk. 2: Gratis familieorienteret rådgivning SEL § 11 stk. 3: Konsulentbistand, Netværk- og samtalegrupper, rådgivning om familieplanlægning, samt andre indsatser med forebyggende formål SEL § 11 stk. 7: Gratis rådgivning, undersøgelse og behandling af børn og unge med adfærdsvanskeligheder eller nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne samt deres familier § 11 stk. 8: Særlig familievejlederordning for familier med børn under 18 år med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne 		Økonomisk hjælp og støtte <ul style="list-style-type: none"> SEL § 11 stk. 4: Økonomisk støtte til udgifter i forbindelse med konsulentbistand eller prævention SEL § 11 stk. 6: Økonomisk støtte til fritidsaktiviteter til børn og unge, med behov for særlig støtte 		
		Forebyggende sundhedsydelse <ul style="list-style-type: none"> SUL § § 120-126: Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge bl.a. sundhedsplejerske 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 		
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"> DTL § 4, stk. 2: Støtte i dag-, fritids-, eller klubtilbud mv. for understøttelse af udvikling og læring 		<i>Til børn som har behov for specialundervisning eller specialpædagogisk bistand</i> <ul style="list-style-type: none"> FSL § 4: Specialpædagogisk bistand til børn som endnu ikke er påbegyndt skolegangen 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 		
<i>Til børn som har behov for specialundervisning eller specialpædagogisk bistand</i> <ul style="list-style-type: none"> FSL § 4: Specialpædagogisk bistand til børn som endnu ikke er påbegyndt skolegangen 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 		<i>Til unge med udviklingshæmning eller med særlige behov</i> <ul style="list-style-type: none"> STU § 2: Ungdomsuddannelse til unge udviklingshæmmede eller unge med særlige behov STU § 4: Ungdomsuddannelsen skal tage hensyn til den enkelte unge og udgøre et planlagt og koordineret forløb 		
Hjælpe midler til børn og unge med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne				
SEL § 112: Støtte til hjælpemidler				

Børnefaglig undersøgelse og handleplan	
Børnefaglig undersøgelse <ul style="list-style-type: none"> • SEL § 50: Børnefaglig undersøgelse • SEL § 51: Børnefaglig undersøgelse, udarbejdet under ophold på institution eller indlæggelse på sygehus 	Handleplan <ul style="list-style-type: none"> • SEL § 140: Handleplaner som udarbejdes inden der træffes afgørelse om foranstaltninger • SEL § 140 a: Handleplaner der vedr. forældrene eller vedr. unge mellem 16 og 23 år, kan tilbydes at blive erstattet af en helhedsorienteret plan
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"> • SEL § 52 stk. 3 nr. 1: Ophold i dagtilbud, fritidshjem, ungdomsklub, uddannelsessted el. lign. • SEL § 52 stk. 3 nr. 2: Praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet • SEL § 52 stk. 3 nr. 3: Familiebehandling eller behandling af barnets eller den unges problemer • SEL § 52 stk. 3 nr. 4: Døgnophold for både forældremyndighedsindehaver, barnet eller den unge og andre familiemedlemmer • SEL § 52 stk. 3 nr. 5: Afastningsordning • SEL § 52 stk. 3 nr. 6: Kontaktpersonsordning for barnet den unge eller hele familien • SEL § 52 stk. 3 nr. 7: Anbringelse af barnet eller den unge på anbringelsessted • SEL § 52 stk. 3 nr. 8: Praktiktilbud til den unge, samt betaling af godtgørelse til den unge • SEL § 52 stk. 3 nr. 9: Anden hjælp med formålet at yde rådgivning, behandling og praktisk og pædagogisk støtte • 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 • SEL § 58: Anbringelse af børn eller unge uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver og den unge der er fyldt 15 år • SEL § 66 : Anbringelse i plejefamilie 	Hjælp som anses at være af væsentlig betydning af hensyn til den unges behov for støtte, med den unges accept <ul style="list-style-type: none"> • SEL § 76 stk. 2: Kontaktperson.
	Til unge med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne <ul style="list-style-type: none"> • SEL § 76 a: Hjælp til unge i alderen 18 til 22 år, som bidrager til god overgang til voksenlivet (videreført anbringelse)
	Til unge med betydeligt og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller indbringende kronisk eller langvarig lidelse <ul style="list-style-type: none"> • 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
	Efterværn og hjælp til unge, som frem til det 18. år har været anbragt på anbringelsessted <ul style="list-style-type: none"> • SEL 74, stk. 3 nr. 1: Døgnophold på anbringelsessted opretholdes (Efterværn) • SEL § 76 stk. 3 nr. 2: Fast kontaktperson for den unge • SEL § 76 stk. 3 nr. 3: Udslusningsordning i det hidtidige anbringelsessted • SEL § 76 stk. 3 nr. 4: Andre former for støtte som skal bidrage til god overgang til en selvstændig tilværelse for den unge

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 ²³ 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 almen klasse.

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*.

Tabel 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	(https://bupl.dk/sites/default/files/2022-04/L%C3%B8nstatistik%202021.pdf 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)

Anm.: *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"> • Aktions- og bi-diagnoser <p><i>Diagnosekoder:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • DP961: Abstinenssymptomer hos nyfødt forårsaget af prænatal eksponering af afhængighedsskabende stoffer • DP962: Abstinenser hos nyfødt ved terapeutisk brug af lægemiddel • DQ860: Føtal alkoholsyndrom • DP043: Alkoholbrug hos moder med følger for nyfødt • DP044: Stofmisbrug hos moder med følger for nyfødt • DZ071A: Prænatal eksposition for alkohol • DZ071B*: Prænatal eksposition for anden psykoaktiv substans (ekskl. DZ071B: Prænatal eksposition for nikotin) 	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"> • Dansk (en mundtlig samt en skriftlig bestående af et antal delprøver) • Matematik (en skriftlig bestående af et antal delprøver) • Engelsk • Fællesprøve i fysik/kemi, biologi og geografi (tidligere Fysik/kemi) • Udtræksfag inden for fagblokken humanistiske fag • Udtræksfag inden for fagblokken naturvidenskabelige fag <p><i>Karaktergennemsnit:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Min. 2,0 i de bundne prøvefag og prøvefag til udtræk 	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

September 2022

