

TIDLIG
INDSATS
OVERFOR
GRAVIDE FAMILIER

Tidlig indsats overfor gravide familier

Barnets "svøb" fra graviditeten indtil barnet er fyldt 2 år

Formålet med projektet er at skabe en implementeringsmodel, som er et formelt forebyggende tværfagligt/tværasektoralt samarbejde omkring tidlig indsats overfor omsorgssvigt, og som er systematisk, gennemskueligt og målbart.

Dette skal ske indenfor de eksisterende faglige/ menneskelige ressourcer i sundhedsvæsenet.

FOREBYGGENDE INDSATS OVERFOR OMSORGSVIGT

PROJEKTLEDER

RUTH MONTGOMERY-ANDERSEN

PROJEKTETS INITIATIVTAGER

PEQQISAANERMIK ILINNIARFIK (PI) I SAMARBEJDE MED
DIREKTORATET FOR SUNDHED PÅ OPFORDRING AF LSM FOR SUNDHED
DIREKTORATET FOR SUNDHED

MEDLEMMER AF STYREGRUPPEN

DIREKTORATET FOR SUNDHED

FORMAND BODIL KARLSHØJ POULSEN OG ANITA JOHANSEN

FAMILIEDIREKTORATET

OLGANNGUAQ KLEIST

KYSTLEDELSEN

SUNDHEDSPLEJERSKE SAMT JENS OTTO VEJE ELLER LONE GØTTLER

CENTER FOR SUNDHEDSUDDANNELSEEVENT

ANN BIRKEKÆR KJELDSEN

MIPI

NINA BANERJEE (RESSOURCE PERSON- DELTAGER KUN I DET FØRSTE MØDE)

KANUKOKA

KISEA BRUUN

SUNDHEDSVÆSNET/DIH

GRETHE LYBERTH LIND OG ANNE BIRGITTE JENSEN

LAYOUT

JETTE BRANDT

TAK

- TIL DE DEJLIGE GRØNLANDSKE FAMILIER SOM HAR GIVET MIG LOV TIL AT FOTOGRAFERE DEM I ÅRENE 2002/2003.
- TIL PERSONALET I SUNDHEDSVÆSENET OG KOMMUNERNE FOR ET GODT SAMARBEJDE

Målgruppen er den gravide familie. Indsatsen fokuserer på følgende punkter:

1. Give det nyfødte menneske mulighed for en sund udvikling både fysisk og psykisk, socialt og åndeligt.
2. Give de gravide familier kulturelt relevant støtte og mulighed for at være handlekraftige omsorgspersoner.
3. Støtte eksisterende faggrupper/ institutioner i deres forebyggende arbejde omkring de gravide familier med behov for særlig støtte, deres ufødte barn og disse børn indtil de er fyldt 2 år.
4. Tage ved lære af anvendte udviklingsteorier og kulturelle relevante arbejdsmetoder fra både Skandinavien og Nordamerika.
5. Udvikle en konstruktiv organisation, der kan understøtte målsætningen om den tidlige indsats i et tværfagligt/tværsektorelt regi.
6. Beskrive de økonomiske konsekvenser og de afledte omkostninger ved implementeringen af projektet.
7. Beskrive mål og metoder for tidlig indsats overfor disse børn og deres familier.
8. Udarbejde en plan for evaluering af mål, metoder og resultater af modellen efter et halvt år og igen efter et år.
9. Beskrive den videre implementering af modellen.

FORORD

”Børnevilkårene, ikke mindst de vilkår børn og deres familier med behov for ekstra indsats, er vigtige emner i de seneste års debat i samfundet. Landstyrekoalitionens målsætning er at gøre en ekstra indsats...”¹

Kommissorium for forebyggende indsats overfor tidlig omsorgssvigt er udformet af Direktoratet for Sundhed, for at opfylde en del af Landsstyrekoalitionens mål om børnefamilier. Det har til formål at udvikle et målrettet samarbejde mellem forskellige sektorer og faggrupper i sundhedsvæsenet, som har kapaciteten og den faglige ballast til at kunne støtte de gravide familier, med behov for særlig omsorg og dermed forebygge tidlig omsorgssvigt. Denne indsats kan betegnes som ”tidlig indsats overfor omsorgssvigt”².

Den beskrevne model for en forebyggende indsats under graviditeten kan ses som én af flere indsatser, som skal medvirke til at styrke den gravides/forældrenes/familiens evne og muligheder for at varetage forælderrollen og de udfordringer, et kommende nyfødt barn vil bringe. Den skal medvirke til at flere børn, får de bedst mulige vilkår.

Modellen tager således sigte på at iværksætte og koordinere et samarbejde om en række initiativer med den gravide og dennes familie. Den viden vi har omkring det spæde barns udvikling og tilknytningens nødvendighed, blev allerede i 1958 beskrevet af børnepsykiater John Bowlby (1907-1990).(1)

Denne tilknytning, som foregår gennem samspil, omsorg og den tryghed som skabes af en omsorgsperson, er afgørende for børnenes indlærings evner også senere i livet.(2)

Den kendte udviklingspsykolog, Daniel Stern (3) beskriver, hvor vigtigt det er for det nyfødte barns udvikling, at der foregår et samspil mellem barnet og dets forældre/omsorgsperson, og dermed at tilknytning til en omsorgsperson er altafgørende for børns psykiske helbred. Denne tidlige tilknytning reflekteres i barnets samspilsevner senere i livet

Et barn som oplever den nødvendige omsorg, vil ved 10 års alderen kunne fremvise generel selvtillid og tillid til den nærmeste bekendtskabskreds. Barnet vil også have mulighed for at udvikle strategier for at skaffe den hjælp og støtte, som det trænger i sin hverdag. Denne tidlige omsorg og sådanne tillidsforhold er alt afgørende for de fleste børn i deres evne til at klare sig i skolesituationen.(4)

¹Citat fra koalitionsparternes rammeaftale for ekstra indsats omkring familier, børn og de handicappede.

²”Tidlig indsats” som begreb kan forstås både som tidlig i forhold til barnets alder (børn under 2 år) og tidlig i forhold til problemets opståen (indsats i tide).

INDHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	3
INDHOLD AF PROJEKTET	9
ARBEJDSSTRUKTUR	13
ARBEJDSGANG I MODELLEN	
LÆRING I MODELLEN	
JURIDISKE OVERVEJELSER	
EVALUERING	28
BUDGETTET	30
TIDSPLAN FOR MODELLEN	31

HVORFOR FOREBYGGENDE INDSATS

overfor omsorgssvigt? Barnets "svøb" fra graviditeten indtil barnet er fyldt 2 år

Indledning

Omsorgssvigt har mange ansigter. Fysisk ved at børnene ikke får den fornødne mad, varme og fysisk stimulering i spædbørnsalderen (0- 2 år), eller psykisk ved at omsorgspersoner (enten moderen, faderen eller en anden voksen) i barnets liv, ikke er i stand til at give barnet den nødvendige opmærksomhed og kærlighed. Barnets evner til at modtage omsorg skabes indenfor de første to leveår, derefter er skaden sket. (2)

Børns sociale og åndelig udvikling er afhængig af, at de har fået deres fysiske behov dækket. (7) Tilknytning til en omsorgsperson påvirker børns psykiske helbred og har indvirkning på barnets samspilsevner senere i livet og på dets generelle selvtillid.

" Jo mere den atmosfære, barnet vokser op i, præges af kærlighed og opmærksomhed, jo større er chancen for, at barnet vil nærme sig de følgende udviklingsstadier med en følelse af fundamental sikkerhed og optimisme. I modsætning hertil vil det barn, der ikke nyder godt af en varm og hengiven... (omsorgsperson)..., sandsynligvis forlade de tidlige barndomsstadier med en følelse af usikkerhed og manglende tillid til, hvad fremtiden vil bringe"(6)

Dette er grundlag for barnets evner til at vise tillid til dets nærmeste og dets evner til at indlære. Derfor er indsats for forebyggelse af omsorgssvigt altafgørende for barnets fremtid.

Allerede før fødslen skal der eksistere et beredskab med tilbud om støtte til de familier, som har behov for særlig omsorg under graviditeten og i barnets formative år (indtil 2 års alderen).(2,6,7,,12)

Mål

Direktoratet for Sundhed ønsker en intensiveret indsats overfor de gravide familier der har særlig behov for støtte, og som har været truet af omsorgssvigt. D.v.s., at der tilbydes en kulturel relevant indsats til familier med behov for hjælp til at varetage omsorg af deres ufødte/nyfødte barn.

Når disse familier henvender sig til jordemoder, sundhedsplejerske eller sagsbehandler, skal der være en model til rådighed, som disse kan arbejde ud fra.

Et kommissorium om forebyggende indsats er fastlagt, og styregruppen har til opgave at udarbejde og beskrive en model til implementering. Kommissoriet er tværfagligt i sit fokus, og der er nedsat en styregruppe som rådgivende organ for projektet.

Initiativet er inspireret af det allerede igangværende samarbejde mellem DIH, Lægeklinikken i Nuuk og Socialforvaltningen i Nuuk. (Bilag 3)

Målgruppen

Modellen danner en formel ramme for implementering af forebyggende indsats overfor gravide familier med identificeret behov for støtte. Barnet er hovedpersonen i modellen; under graviditeten og i hele perioden, til og med barnet fylder 2 år.

Værdier og mål med vores tværfaglige/tværasektorelle samarbejde

Det er støtte til barnet og dets familie som er målet i vores tværfaglige/tværasektorelle samarbejde. Der fokuseres på graviditeten og familiens mulighed for at fungere som omsorgspersoner for det ufødte barn. I åbningstalen i forbindelse med Konferencen om Værdier i Sundhedsarbejdet i Grønland, sagde Landsstyremedlem for Sundhed og Miljø Asii C. Narup følgende:

”Værdier afspejler et menneskes overbevisning om, at bestemte former for adfærd eller måder at leve livet på, bør foretrækkes frem for andre.

De tilegnes under opvæksten og udspringer af vores kulturarv og miljø.

Værdier bliver på alle måder bestemmende for de mange valg, vi træffer hele livet igennem. De er bestemmende for måden, vi møder andre mennesker på - både på det faglige og på det personlige plan. De bliver således bestemmende for det sociale klima, vi kan og vil skabe i samfundet, på arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner og i lokalsamfundene.

Vores institutioner skal omdefineres fra at være autoriteter til at være tjenere. Den sundhedsfaglige viden skal stilles til rådighed på en ny måde gennem undervisning og gruppeaktiviteter, og i stedet for at se folk som enkeltindivider og atomisere samfundet skal vore institutioner og jeres faglighed bidrage til at samle mennesker til at gøre og være noget for hinanden. Skabe netværk med stærke bånd mennesker imellem. Positive sociale relationer forlænger livet. ... fagperson at gå aktivt ind og forstærke de positive forandringsprocesser, som er i gang mange steder i vores samfund. En proces, der demonterer de tabuer, som var en nødvendig del af vores hverdag i ældre tid”.

Barnet i centrum

Vigtige principper i modellen er beskrevet i nedenstående tabel:

Tabel 1.0.1

Det er familiens og specielt kvindens ressourcer som omsorgsperson der er i fokus. Den gravide familie får individualiseret hjælp, så netop deres særlige behov imødekommes.

Moderens støttenetværk defineres i samarbejde med hende selv.

Familiens kulturelle baggrund, deres styrker og svagheder er grundlaget for støtten til barnets familie.

Det er igennem dialog med den gravide familie og deres netværk, at målene for samarbejde planlægges.

Målet er at gøre det som er nødvendigt, for at støtte den gravide familie og deres netværk, i rollen som omsorgsgivere.

Der er et tæt samarbejde mellem de forskellige sektorer, institutioner og faggrupper.

Forebyggende indsats for gravide med behov for særlig omsorg.

Modellen begynder som et pilotprojekt, som danner grundlag for en landsdækkende model for forebyggende indsats overfor omsorgssvigt. Modellen opsætter en referenceramme for det formelle samarbejde mellem socialforvaltningen og sundhedsvæsnet og de støtte/behandlingstilbud, som forefindes i de respektive kommuner/sundhedsdistrikter.

Modellen er ikke et behandlingsprogram men beskriver en samarbejdsmetode. Den tager udgangspunkt i barnets behov og de muligheder, fagpersonerne har for at skabe et "svøb" omkring det nyfødte barn for dermed at give barnet mulighed for at kunne modtage den nødvendige omsorg i sin egen familie, når det er muligt.

Modellen iværksættes i de tre første sundhedsdistrikter i 2007, og der indlemmes tre nye distrikter hvert år, indtil modellen er implementeret i alle distrikter i 2010.

Indsatsen

Indsatsen fokuserer på de grupper af gravide, hvor der kan defineres en "begrundet bekymring" (se Tabel 3.2.1) for, at familien vil have svært ved at give deres barn den fornødne støtte og omsorg under opvækst. Fokus her er på frivillighed. Det er tale om et samarbejde på tværs af de offentlige sektorer med base i sundhedsvæsnet, en indsats der kan medvirke til, at flere børn får de bedst mulige vilkår for en tryk barndom. Målet er at støtte moderen og evt. faderen i deres omsorgsopgaver. Erfaring viser, at specielt gravide kvinder er positivt indstillede overfor hjælpeforanstaltninger, som kan forbedre deres muligheder, for at give deres barn en tryk opvækst.

Det er selvfølgelig ikke altid, at det kan lade sig gøre, at børnene forbliver hos deres forældre. Der vil fortsat være en brøkdal af forældrene, som ikke egner sig til at tage vare på et barn, men alle børn har krav på, at deres forældre får den støtte, de behøver, således at barnet får et godt liv. Denne støtte kan i nogle tilfælde indebære en anbringelse udenfor hjemmet.

Intervention

Det andet fokus i modellen tager også udgangspunktet i frivillighed, dog vil det også kunne være et led i en interventionsbehandling som er konsekvensbetonet. Her er det ikke væsentligt at deltagelsen i modellen, er en forudsætning for at forældre ville kunne beholde deres nyfødte barn i hjemmet.

Modellen skal understøtte de tiltag og de behandlingsplaner, som igangsættes for den gravide familie, og koordinere disse, både når der er tale om en særlig indsats, og når der er tale om intervention.

Samarbejdspartnere er de fagpersoner, som deltager i arbejdet omkring gravide med behov for særlig omsorg og det truede, nyfødte barn. Gruppens kontaktoflader er meget brede og kan udover arbejdsgruppens fagpersonale, (Se Tabel 2.3.1) involvere familiemedlemmer, sygehusets øvrige personale og forskellige institutioner.

På de følgende sider beskrives modellen og dens opbygning. Pilotprojektet og det endelige projekt er identiske i deres indhold. Der vil være mulighed for tre kursusmoduler i pilot projektet, mens der kun vil være tilbudt et kursus årligt for de øvrige projektår.

2.1 Forudsætninger for modellens samarbejde på tværs af sektorerne

For at de enkelte distrikter/kommuner kan løfte denne store opgave, er det en forudsætning at det politiske, juridiske, faglige og økonomiske grundlag er i orden. For at sikre succes for modellen, skal forudsætningerne for deltagelse som kommune/distrikte præciseres.

Der skal være en prioriteret indsats, som er forankret både i social- og i sundhedssektoren, hvor velviljen og interessen for samarbejdet stammer kommer fra begge sektorer medarbejdere. Desuden er det vigtigt at initiativet støttes af socialforvaltninger, chefdistriktslæger og fra centralt ansvarlige instanser såsom KANOKUKA, DIHs ledelse, den Obstetriske ledelse og Kystledelsen.

2.1.1

De enkelte distrikter/kommuner har behov for:

At der en politisk forankring og støtte med hensyn til det tværfaglige/ tværsektorelle samarbejde.

At der er økonomi til, at der bruges tid på det tværfaglige/tværsektorelle samarbejde.

At der er tid og rum til at skabe rammerne for tværfaglige/tværsektorelle arbejdsrutiner.

At de involverede fagfolk har en opdateret viden om emnet og mulighed for at tilegne sig denne viden.

At der tilbydes kontinuerlig supervision med hensyn til redskaber for at understøtte den tværfagligt/ tværsektorelt samarbejde.

Modellen er centralstøttet, men lokalstyret, dvs. at der er en lokal ledelsesmæssigt prioriteret indsats. Hver kommune/distrikt har sin egen lokale styregruppe. De lokale styregrupper underskriver en samarbejdsaftale, som er modellens officielle arbejdsrapport og grundlag.

2.2 Pilotprojektets opbygning

Pilotprojektet introduceres i forbindelse med kurset "Den gode Barndom", som afholdes i Nuuk på PI i november 2006. Ved denne lejlighed skal det tilstræbes at tilbyde tre sundhedsdistrikter/kommuner mulighed for, at modellen kan tages i brug i deres område. Dette kan kun ske i samarbejde med de enkelte sundhedsdistrikter og socialforvaltningerne.

Modellen er udformet i samarbejde med PI og en styregruppe, hvis sammensætning er beskrevet i Kommissorium for forebyggende indsats overfor omsorgssvigt. (Bilag 1)

2.3 Samarbejdsstruktur i modellen

Samarbejdsstrukturen i modellen er baseret på et tværsektorelt samarbejde, hvor samtlige deltagende faggrupper kan henvise til modellen. I et tværfagligt samarbejde er det en forudsætning, at de involverede fagpersoner har en fælles målsætning og en fælles problemforståelse i forhold til den opgave, de skal samarbejde om.

Den tværfaglige/tværasektorelle model, skal give plads til de faglige forskelle. Denne gruppe kaldes for "Arbejdsgruppen".

Tabel 2.3.1

Arbejdsgruppen (Samarbejdspartnere)

Socialforvaltningsrepræsentant som enten er kvindens egen sagsbehandler eller en familievejleder.

Lægen i ambulatorium/konsultation

Jordemoderen eller den jordemoderfaglige nøgleperson (i de distrikter hvor der ikke er ansat en jordemoder).

Afdeling K3 på DIH/ Afdelingssygeplejerske på kystsygehusene.

Sundhedsplejersken eller sundhedsplejerske i distriktet (i de distrikter hvor der ikke er ansat en jordemoder).

De institutioner, som den gravide og hendes netværk er i kontakt med (se tabel 2.3.2), har mulighed for at deltage i de møder, de i samarbejde med den gravide skønner nødvendige, for at den gravide oplever indsatsen som sammenhængende og nyttig.

En del kommuner og distrikter har allerede mange initiativer i gang, som er til gavn for deres borgere. I Bilag 4 findes der en oversigt over de initiativer, som finder sted i de forskellige distrikter/kommuner på nuværende tidspunkt, og som er relateret til familier/gravide (juni 2006).

2.3.2

Kontakt institutioner/instanser

Mor-barn hjem

Børnehjem

Psykiatrisk hjemmesygeplejerske i sundhedsdistrikterne

A1 på DIH

Børneafdelingen på DIH

Qaqiffik

Døvehjemmet

Handicapafdelingen/teamet i Familiedirektoratet

Anstalten for domfældte

Vuggestue

Psykologer

Pædagogisk konsulent

Andre institutioner/instanser både hjemmestyre og kommunale ejet

2.4 Den lokale styregruppe i modellen

Styregruppen i hvert distrikt/kommune er sammensat af socialchefen og chefsdistriktslægen/eller forstander (Centerchef).

I Nuuk er styregruppen sammensat af socialchefen/lederen for familieafdelingen, chefsdistriktslægen/forstander for lægeklinikken og oversygeplejerske/afdelingsjordemoderen. Den lokale styregruppe mødes to gange årligt. Enten kommunens eller sundhedsvæsnets psykolog, deltager i styregruppens møder. I Nuuk har man haft god erfaring med deltagelse af børnepsykologen på DIH.

Opgaver for den lokale styregruppe:

1. Styregruppen mødes 2 gange årligt
2. Evaluerings-/informationskemaer gennemgås af styregruppen for at skabe et overblik over hvilke sager der er.
Et skemaer er oprettet til, når barnets familie har accepteret deltagelse i modellen, og det ajourføres løbende. Skemaerne informerer om den gravide/ det nyfødte og dets familie, deres status siden sidste møde.
3. Der er gensidig orientering om status hos de familier som har afsluttet deres deltagelse i modellen siden sidste møde.
4. Styregruppen har ansvar for, at anonymiserede informationer er tilgængelige for og kan indgå i MIPIs statistik over børn og unge i Grønland
5. Overordnede samarbejds-mæssige problemstillinger diskuteres.

Tabel 2.4.1

Evaluerings skema indhold. Se venligst bilag 5

2.5 Landsdækkende følgegruppe i modellen

Projektets udvikling følges af følgegruppen, som også er med til at evaluere programmet og dets indhold i november 2007. Følgegruppens sammensætning forventes at tilkobles de øvrige initiativer som er godkendt af Direktoratet for Sundhed, formodentlig inden udgangen af 2006.

Følgegruppen har direkte reference til Sundhedsdirektoratet og er fortrinsvis en internetbaseret enhed. De holdes informeret af projektkoordinatoren, som har ansvar for at samle evalueringer fra samtlige deltagende distrikter/kommuner.

Følgegruppen har til opgave at sikre at projektet afvikles i overensstemmelse med projekt beskrivelsen samt at pege på hvilke initiativer der kan understøtte projektets fortsatte drift. Følgegruppen modtager hvert år en statusrapport, som er udarbejdet af koordinatoren for projektet.

3. ARBEJDSSTRUKTUR

Arbejdsmetoden er en vekselvirkning mellem dialog og handling.

Igennem dialog afgøres hvilke opgaver/udfordringer den gravide kan klare selv, og hvilke opgaver/udfordringer den gravide og hendes netværk skal have hjælp til. Der laves aftaler mellem den gravide, hendes netværk og støtteinstanserne.

Aftalerne skrives i et referat, som både den gravide og støtteinstanserne får en kopi af. Der skal tages hensyn til kvinden/familiens sproglige kompetence, og tolkebistand skal være tilgængelig. Der fokuseres på graviditeten og på hvordan kvinden kan hjælpes til at fungere som omsorgsperson for det ufødte barn (Se tabel 1.0.1).

3.1 Indberetning og visitation

Det er af afgørende betydning, at der skabes en positiv oplevelse af graviditeten, fødslen og spædbørnsperioden. Indsatsen skal og bør iværksættes på baggrund af en kompetent hensyntagen til den gravide og det kommende barns kulturbestemte behov¹. Der skal udarbejdes informationsmateriale til den enkelte målgruppe i et let forståeligt sprog, som kan udleveres til dem ved første henvendelse ved social- eller sundhedsnet.

Som ansat i sundhed - og socialvæsenet har man indskærpet indberetningspligt i forhold til samfundets truede børn. Ansvar for barnets tarv og velfærd ligger hos enhver, som har kendskab til situationer, der kan være til skade for barnets udvikling.

Visitation til "indsatsen" foregår hurtigst muligt efter erkendt graviditet, og foregår enten ved henvendelse fra kvinden/familiens netværk eller igennem fagpersonale. Følgende fagpersoner vil typisk være dem som har mulighed for at visitere til modellen:

Tabel 3.1.1

- **Distrikterne/kommunerne**
 - Sagsbehandlere eller socialrådgivere
 - Læger
 - Distriktpsychiatri/A1 Psykiatrisk afdeling på DIH
 - Jordemoderen eller den jr den sundhedspleje ansvarlige
 - Børneafdelingen på DIH (hvis barnet eller dets søskende er indlagte)
- **Nuuk**
 - Sagsbehandlere eller socialrådgivere
 - Læger på Lægeklinikken
 - A1 Psykiatrisk afdeling på DIH
 - Fødeafdelingen
 - Sundhedsplejersken eller den sundhedspleje ansvarlige
 - Børneafdelingen på DIH

3.2 Målgruppen for modellen

Målgruppen er gravide familier, hvor der er en bekymring for, at de vil have svært ved at give deres barn den fornødne støtte og omsorg under barnets opvækst. De nedenstående grupper af deltagere er videnskabelige anerkendte, som gravide med behov for særlig omsorg. Inklusionskriterier er synonyme med projektets indikatorer (se venligst ordlisten).

De gravide familier, som har mulighed for at deltage i programmet, kan ændres efter behov og ressourcer, men følgende grupper bør til enhver tid tilbydes deltagelse:

Tabel 3.2.1 Inklusions kriteria

Meget unge mødre/forældre. (13-17 årige)

Mødre/forældre med psykiske eller/og fysiske handicap.

Mødre/forældre som er misbrugere af hash, alkohol, eller andre eurofriserende stoffer.

Mødre/forældre med begrænset intellektuelle ressourcer.

Familier der har andre børn anbragt udenfor hjemmet på grund af omsorgssvigt.

Mødre/forældre der selv er omsorgssvigtet og har følger deraf.

Mødre/forældre som har været udsat for seksuelt misbrug eller incest.

Begrundet bekymring for barnets tarv og trivsel.

3.3 Samtykke (Bilag 6)

Kvinden skal allerede ved graviditetens start have mulighed for deltagelse i modellen. Det første og vigtigste trin er indhentning af samtykke fra den gravide. Først derefter er der mulighed for, at der foregår kontakt mellem sagsbehandleren og de øvrige instanser i modellen.

I de tilfælde, hvor der er tale om en intervention overfor familien, skrives der en kontrakt for deltagelse.

At være Mor og klare det godt!" 23 årige i Tværfaglig Team på DIH

Kvinden har to børn med to fædre og er nu blevet gravid igen. Jordemoderen foreslår at kvinden tilbydes TFT (Tværfaglig Team) og kvinden accepterer. Kvinden har et massivt hash misbrug og har ikke kunne drage omsorg for sine børn. Begge hendes børn er anbragt uden for hjemmet.

Kvinden har deltaget i TFT projektet før og kender projektet og er interesseret i opstarte et samarbejde med en gruppe med henblik på at beholde sit ufødte barn.

Der opstartes et samarbejde med TFT. Socialforvaltning sætter som betingelse for samarbejdet at der afleveres en urinprøve hver uge i graviditeten hos jordemoderen. Denne skal undersøges for cannabioler. Kvinden overholder mødeaftalerne samt følger handleplanerne.

Kvinden bliver enig med TFT med støttegruppen om at tage imod et tilbud, om et ophold på Røde Kors Familieafdeling vil være en god start på hendes tid som mor og vil give støtte og ro til det at have et nyfødt barn hos sig. Kvinden har ikke kunnet passe sine andre børn, og de kom hurtigt i familiepleje.

Under graviditeten var det svært at få et samarbejde i gang med sundhedsplejerskerne, dog deltog de i et enkelt møde. Under kvindens ophold på Røde Kors Familieafdeling var der en god støtte af sundhedsplejersken og personalet på Røde Kors Familieafdelingen. Kvinden forsætter med at aflevere urinprøver for undersøgelse af cannabioler ugentligt efter fødslen, mens hun bor på Røde Kors Familieafdeling.

Et år efter fødselen har kvinden stadigvæk sit barn hos sig og har vist, at hun kunne passe sit lille barn selvstændigt. Kvinden er flyttet i lejlighed og har ikke haft problemer med hash misbrug og ser sine to store børn regelmæssigt.

Kvinden har ytret tilfredshed med at deltage i TFT og har været glad for støtten.

FORORD

4. ARBEJDSGANG I MODELLEN

I denne del af projektbeskrivelsen vil metoden som bruges til opsporing og visitering til modellen introduceres.

4.1 Visitation til modellen

Barnet i centrum er den grundlæggende tanke bag modellen. Modellen kræver, at barnet er sat i fokus som kernen, og familien er "svøbet", som giver det mulighed for en opvækst, hvor der mulighed for en fysisk, psykisk, social og åndelig udvikling.

Denne model er kun mulig, ved at der prioriteres et tværfagligt og tværsektorelt samarbejde. Strukturforskelle vil findes fra sted til sted på grund af de forskellige styrker, muligheder og personaleressourcer, der findes i de forskellige lokalsamfund.

At lave en social anamnese

Ved første kontakt med kvinder/familierne laves der en socialanamnese. I Bilag 7 ses de spørgsmål, som kan indgå i en social anamnese. Dette værktøj bruges af jordemødrene ved første graviditetsbesøg, men kan og bør bruges af alle som henviser til modellen.

Værktøjet giver det visiterende fagpersonale mulighed for at afgøre om den gravide familie har behov for eller ville have glæde af at deltage.

Informations-/evaluerings-skemaer

Materialet til opsporing og evaluering er et vigtigt element af modellen. Det vil sige, at udover kvindens klient journal /perinatal journal, oprettes et evalueringsskema (Bilag 8) Det er ikke meningen, at der skal oprettes flere journaler og kartoteker om den gravide familie, men det er nødvendigt, at der findes et informations/evaluerings-skema for hver deltagende familie.

Skemaet indeholder oplysninger om kvindens alder, antal børn og begrundelse for henvisning. Ved afslutning, enten ved at barn fylder 2 år eller ved at familien trækker sig fra samarbejdet, gøres der status. Disse oplysninger (anonymiseret) opsamles af den lokale styregruppe og sendes videre til projektkoordinatoren. Oplysningerne indgår i den samlede evaluering og rapport til følgegruppen.

Tabel 4.1.2

Procedure for visitation

Den gravide gøres opmærksom på muligheden for at deltage i initiativet.

Indhentning af samtykke fra den gravide og eventuelt hendes samlever/netværksperson².

Kontaktmøde mellem de relevante medlemmer af arbejdsgruppen, såsom socialforvaltning, jordemoderen, sundhedsplejersken samt den gravide og gerne hendes nærmeste netværk.

Aftale om videre forløb og første mødetidspunkt.

4.2 Mødestruktur i modellen

Møder holdes regelmæssige med deltagelse af den gravide hver gang. Referat af møderne sendes til samtlige deltagere. Referatet skal kunne læses af alle de involverede. Det er vigtigt at al information forefindes på det sprog, som den gravide og hendes netværk er tryk ved.

I forbindelse med indhentning af samtykke fra den gravide, kan der indkaldes til det første møde, hvor Arbejdsgruppen deltager. Forinden udarbejdes en beskrivelse af familiens situation og de tanker, som den henvisende institution har gjort sig med henblik på familiens situation.

Tabel 4.2.1

Indhold af første møde

1. **Fremlæggelse af den gravides situation.**
2. **Fremlæggelse af den gravides ønsker med henblik på hjælp.**
3. **Fremlæggelse af socialforvaltnings ønsker/tilbud.**
4. **Fremlæggelse af sundhedsvæsnets ønsker/tilbud.**
5. **Frivillighed i deltagelse og/eller krav for deltagelse.**
6. **Aftaler indgås, og der fastsættes aktionsdatoer, som er bindende både for den gravide og fagpersonerne.**
7. Næste mødetid fastsættes.

Formødet

Hvert møde starter med et kort formøde, hvor fagpersonerne får lejlighed til at forhåndsorientere hinanden. På formødet fokuseres på arbejdsgruppen og dens samarbejde i forhold til den konkrete patient/klient.

Der er fokus på familiens ressourcer, hvilke tilbud der er til familien, og hvordan barnet behov bedst sikres. Oftest vil hver gravide familie give nye samarbejdsrelationer i arbejdsgruppen.

Den enkelte gravide familie har sin sagsbehandler, og der er forskellige sektorer med til møderne, alt efter de enkelte gravide familiers behov og ønske.

Mødet med den gravide

Mødet med den gravide begynder umiddelbart efter formødet, hvor den gravide orienteres om de informationer, som er blevet udvekslet på formødet. Til hvert møde foreligger der en skriftlig dagsorden, hvor disse punkter indgår:

Tabel 4.2.2

Dagsorden til møderne

1. Formøde med fagpersonerne deltagelse.
2. Orientering til den gravide/hendes netværk om formødet.
3. Gennemgang af den gravides ønsker/spørgsmål.
4. Status og opfølgning i forhold til handleplaner og indgåede aftaler.
5. Opstilling af nye mål: hvordan kommer vi videre/hvem laver hvad?
6. Næste mødetid fastsættes.

Ansvarsfordeling

Det er vigtigt, der aftales en ansvarsfordeling med henblik på skrivning af referater og mødeindkaldelser. Det er vigtigt for familien, at samarbejdet i arbejdsgruppen fungerer, der lægges op til at ansvaret for skrivning af mødereferater/indkaldelser, tilfalder fortrinsvis socialsektoren, men kan overtages af andre i specielle tilfælde.

Derimod er det hver enkelt deltager i arbejdsgruppen, som har ansvar for at udføre og rapportere sine egne faglige opgaver.

FORORD

5. PROJEKTANSVARLIGE I MODELLEN

Projektansvarlige lokalt

Modellen er baseret på den forudsætning, at der findes sagsbehandlere, jordemoderfagligt personale og sundhedsplejepersonale, som er ansvarlige for forebyggelsesarbejde i distrikterne, der har ansvaret for forebyggelsesarbejde.

Modellen kan kun implementeres ved at engagere og motivere fagfolk, og give dem mulighed for at afsætte tid til at deltage i tværfaglige/tværasektorelle samarbejds møder og initiativer. Det tværfaglige teams samarbejds metoder adskiller sig ikke fra de metoder, som allerede bruges i distrikter og kommuner, der er blot tale om en formalisering af dette samarbejde.

Ansvar for samarbejds succes hviler ligeligt mellem de involverede parter. Det tværfaglige team har direkte reference til den lokale styregruppe via den eksisterende organisationsplan.

Projektansvarlige centralt

Der ansættes en projektkoordinator, som har ansvar for at modellen implementeres i de enkelte distrikter efter planen. Projektkoordinators rolle er at være den gennemgående person overfor de enkelte distrikter/kommuner, være kontakt mellem følgegruppen og de enkelte distrikter/kommuner og være ansvarlig for opfølgning og organisering af kurser samt indsamling af data til statistik og evaluering.

Projektkoordinatoren skal kunne give råd, undersøge spørgsmål vedrørende lovgivning og komme med konkrete forslag til løsninger, som har fungeret i andre distrikter.

Projektkoordinatoren er ansvarlig for læring i modellen, så som kurser og videokonferencer. Projektkoordinatoren har også til opgave at støtte distrikterne med løbende supervision til de relevante fagpersoner.

Projektkoordinatoren har direkte reference til følgegruppen.

FORORD

6. LÆRING I MODELLEN

Læringselementerne i modellen er tredelt: opkvalificering, opfølgning og supervision. I dette kapitel beskrives hvilke overvejelser, der er gjort i forbindelse med opbygningen af denne del af projektet. Indholdet er lavet i samarbejde med fagpersoner, med stor erfaringer indenfor tværfaglige/tværasektorelle samarbejde.

6.1 Opkvalificering i modellen

Opkvalificering til faglig deltagelse i modellen foregår primært som kursusdeltagelse. Under pilotprojektet vil der være tre kurser som tilbydes til pilotprojektets deltagere.

Det første er kurset "Den gode barndom", som foregår på PI i november 2006. Kurset er et tværfagligt/tværasektorelt kursus, som underbygger og opgraderer den faglige viden, som deltagerne allerede har.

Kurset opfølges af yderlig et kursus i maj 2007 (uge 19). Dette kursus har til formål at give deltagere flere redskaber til at fortsætte med deres tværfaglige samarbejde. Begreberne "barnet i centrum" og "svøbmetoden" introduceres. Disse to begreber er vigtige redskaber, når der tales om at være forebyggende med hensyn til omsorgssvigt. Begreberne er ikke nytænkning, men er en måde at strukturere indsatserne omkring hver familie.

I november 2007 vil det sidste kursus for pilotprojektet foregå på PI. Formålet med dette kursus er igen at fortsætte med den opkvalificering på teori, der tidligere er sket, men vigtigst er gennemgang af casene som kursusdeltagerne medbringer fra deres forskellige distrikter. De sidste dage af dette ugelange kursus koncentrerer sig således om et fremtidsværksted. De erfaringer, som de enkelte distrikter har gjort sig, vil kunne komme de andre distrikter /kommune til gavn, og modellen kan tilrettes, hvor det findes nødvendigt.

Nedenstående tabel viser en kort beskrivelse af de planlagte kurser:

Tabel 6.1.1

Modul I	Modul II (Kun pilot projekt)	Modul III (Kun pilot projekt)
(Samtlige projekt år)	(Kun pilot projekt)	(Kun pilot projekt)
"Den Gode Barndom"	"Tværfaglig samarbejde"	"Tværfaglig samarbejde"
Form:	Form:	Form:
Del 1 af teoretiske oplæg, bearbejdning af egne situationer, fremadrettet udviklingsprojekter	Del 2 af teoretiske oplæg, bearbejdning af egne situationer, fremadrettet udviklingsprojekter	Del 3 af teoretiske oplæg, bearbejdning af egne situationer, fremadrettet udviklingsprojekter
Indhold:	Indhold:	Indhold:
Udviklingspsykologiske teorier	Udviklingspsykologiske teorier	Udviklingspsykologiske teorier
Observation af børn og deres relationer	Barnet i centrum- teori og praksis	Observation af børn og deres relationer
Samarbejde med familier	Kulturel bevidsthed i tværfagligt samarbejde	Kulturel bevidsthed i tværfagligt samarbejde
Praktiskpædagogiske behandlingsarbejde/værktøj	Samarbejde med familier og svøbmodellen	Samarbejde med familier og svøb modellen
Tværfagligt samarbejde	Case bearbejdning	Fremtidsværksted
	Familiestyret omsorg	Tværfagligt samarbejde

6.2 Opfølgning i modellen

Opfølgning er de enkelte distrikters/kommunernes mulighed for at få hjælp efter hjemkomst fra det første kursus. Denne opfølgning er en vigtig led i modellens succes.

I opstartsperioden vil der være ét besøg fra projektkoordinatoren, og han/hun vil have mulighed for at være med til informationsmøder i de respektive sundhedsdistrikter/kommuner. Derefter vil projektkoordinatoren være en ressourceperson for distriktets fagpersoner.

I den efterfølgende periode vil opfølgningen ske ved hjælp af regelmæssige videokonferencer med de enkelte distrikter/kommuner. Alle modellens deltagere vil have mulighed for at deltage i videokonferencer hvor flere distrikter/kommuner deltager samtidigt. Disse videokonference afvikles hver tredje måned af projektkoordinatoren og tager udgangspunkt i emner, som distrikterne/kommunernes fagpersoner selv er kommet med. Dette vil give de enkelte distrikter/kommuner mulighed for at udveksle erfaringer og få gode idéer fra hinanden. De enkelte distrikter/kommuner har ansvar for at informere projektkoordinatoren om deres tværfaglig/tværasektorelle samarbejde for derved at sikre, at hele landet har fordel af de erfaringer, de enkelte deltagende distrikt/kommune gør sig.

Tabel 6.2.1

Introduktionsmøde i de respektive kommuner /sundhedsdistrikter i januar og februar måned 2007.

Videokonference hver 3. måned. Marts 2007 er første videokonference for deltagerne og igen i juni og september 2007.

6.3 Supervision i modellen

Supervision er et tilbud til fagpersoner, som skal deltage i det tværfaglige samarbejde og er et vigtigt led i modellen.

Det er de enkelte distrikter/kommuner, som selv formodes at vide, hvad der er bedst for dem. Igennem en struktureret supervision vil de kunne støttes i deres bestræbelser. Projektkoordinator er en sparringspartner, med adgang til og viden om de erfaringer og aktiviteter der findes i hele Grønland. Projektkoordinatoren skal derfor stå til rådighed én dag ugentligt, hvor de enkelte distrikter kan få supervision af denne.

Supervisionens fokus vil være på samarbejde mellem sektorerne og kreativ løsninger på problemer. Den faglig supervision foregår lokalt uden for denne model, men supervision i forbindelse med samarbejde på tværs af distrikter, sektorer og faggrupper vil kunne ydes af projektkoordinatoren..

Detaljerne vedrørende supervisionens udformning vil udvikles løbende i projektforløbet. Dog vil supervision en gang ugentligt fra projektkoordinator være ønskeligt for projektets gennemførelse. Supervision vil være et telefonisk tilbud.

7. JURIDISKE OVERVEJELSER I MODELLEN

Der lægges vægt på tidlig støtte til gravide kvinder, der lever under særlige forhold som kan bringe det ufødte barns sundhed og udvikling i fare"... "Det forebyggende arbejde skal ydes så tidligt som muligt. Der bør ske en øget koordineret indsats mellem relevante instanser til gavn for de enkelte borgere..."(12)

Lovgivningen giver mulighed for at lave forebyggende indsats og interventionsmodeller for gravide med behov for særlig omsorg. For at leve op til de målsætninger, som er beskrevet i Grønlands Landstings forordninger om børn, er tværfagligt og tværsektorelt samarbejde en forudsætning.

I Landstingsforordning nr. 14 af 1. november 1982 om tværfagligt samarbejde i sociale sager, er det lovfæstet, at der forventes, at der foregår en udveksling af idéer samt en koordination af indsatserne omkring børn, unge, handicappede og personer med sociale og erhvervsmæssige vanskeligheder.

Der forventes, at socialvæsnet tager initiativ til samarbejde på tværs af sektorerne og er med til at sikre, at der sker en koordination af indsatserne.(Bilag 9)

Landstingsforordning af den 15. april 2003 om børn og unge stadfæster, at fagpersoner som tager sig af barnets tarv og behov, skal have barnet i centrum. I denne del af projektbeskrivelsen vil nogle af bemærkningerne til Landstingsforordning af den 15. april 2003 blive gennemgået og kommenteret, for at give et mere nuanceret syn på de muligheder og hindringer, det kan være, for at etablere tværfaglige/tværsektorelle samarbejder for gravide og deres ufødte barn. (Bilag 10)

Med vedtagelse af Landstingsforordning af den 15. april 2003 om børn og unge påhviler det kommunerne at yde en særlig indsats med hensyn til den gravide familie:

"Til § 2

Det er præciseret, at kommunen skal yde en særlig indsats til gravide kvinder, hvis børn er i særlig risikogruppe, fordi barnets udviklingsmuligheder i høj grad afhænger af tiden lige før og efter fødslen."

Ved indgåelse af tværfagligt/tværsektorelt samarbejde vil det være muligt at lave et målrettet og koordineret indsats overfor de nyfødte/ufødte barn, hvis den gravide familie har behov for særlig støtte. Det er således kommunens pligt også over for andre myndigheder at gøre opmærksom på uhensigtsmæssige forhold.

I bemærkning til Landstingsforordning af 15. april 2003 "er der sket en opstramning af nogle af bestemmelserne, således at der ikke længere vil være tvivl om, at barnet eller den unge skal sættes i centrum"

Der understreges i forordningen at "Ved udførelsen af tilsynet er det vigtigt, at der samarbejdes ikke blot mellem de enkelte forvaltninger i kommunen, men også med andre offentlige myndigheder."

FORORD

8. EVALUERING

Formål med evaluering

Evaluering af modellen bør være både kvantitativ og kvalitativ vurdering af, hvad der er opnået. Information om hvem, alderen, civilstand, hvor mange deltagere, og hvor deltagerne stammer fra beskrives. Derudover bør der ske en subjektiv vurdering af anvendelighed af modellen i de forskellige distrikter/kommuner. Der ønskes en dokumentation for, hvilke indsatser og bestræbelser der virker, og hvilke der ikke virker i det grønlandske samfund.

Direktoratet for Sundhed har ansvar for at sikre, at der sker en evaluering af pilotprojekt og af projektet selv. Disse evaluering giver overblik over projektets indflydelse på området og ville kunne identificere nye indikatorer og målgrupper.

Indikatorer

Modellen indeholder både indikatorer for inklusion (projektdeltagelse), som ses beskrevet på side 12 (tabel 3.2.1) af projektbeskrivelsen og nogle succeskriterier, som vil kunne bruges som evalueringsværktøj. I dette projekt er inklusionskriterium (deltagere) og indikator identiske.

Succeskriterier

Tidlig indsats kan hverken måles i penge eller antal af anbringelser, men kan kun måles i vores samfunds udvikling og vores børns trivsel i løbet af de næste generationer. Succeskriterierne skal udarbejdes og bruges som målestok for modellens egnethed som et tilbud til de gravide familier. Ved en systematisk og længerevarende periode af evaluering af modellen, ville det være muligt at kortlægge hvilke grupper af gravide/familier, som vil få gavn af at have deltaget i modellen. Derved vil man kunne udvikle egne indikatorer som genspejler den grønlandske virkelighed.

8.1 Evaluering af pilotprojektet

Det er vigtigt, at evaluering finder sted i pilotprojektets periode, både midtvejs og efter et år. Disse evalueringer foretages i forbindelse med kurserne i maj og november 2007. Det er de deltagende distrikter/kommuner, som selv er med til at vurdere og beskrive modellens egnethed.

Der må tages udgangspunkt i en kvantitativ evaluering som indeholder:

Tabel 8.1.1

1. **Hvor mange deltagere?**
2. **Hvornår?**
3. **Resultat af deltagelsen? (Se venligst Bilag 11)**
4. **Brugertilfredshed i deltagelsen?**
5. **Barnets trivsel under deltagelse af familien i modellen⁴?**

³Resultat oversigt indeholder person oplysninger såsom alder, antal børn, begrundelse for deltagelse og handleplanens overordnede individuelle mål. Se venligst Bilag 11.

⁴Vurderet ved 2 års alderen eller ved afslutning af deltagelsen.

8.2 Evaluering af modellen

Modellens succes er afhængig af, at indsatsen tilpasses familiernes individuelle behov og kulturelle erfaringsgrundlag. Evaluering af projektet er et sammendrag af brugertilfredshed og faglige evalueringer. I den løbende evaluering af projektet, bør der fremlægges for beslutningstagerne både positive og negative cases som dokumentation for arbejdet. En case vil kunne vise, hvilken nytte en sådan indsats har for en familie. Det er vigtigt, at evalueringen har tre lag.

Det første lag er bruger tilfredshed.

Tabel 8.2.1

1. Har familierne følt, at de har fået den hjælp, som de har brug for, således at de er omsorgsfulde forældre?
2. Hvilke problemer har man haft med at få den korrekte hjælp?
3. Hvilke dele af tilbudet har fungeret?
4. Hvordan har barnet det?
5. Har det gavnet barnet, at familien har deltaget i tilbudet?
6. Hvordan?

Det andet lag er faggruppernes vurdering af modellen.

Tabel 8.2.2.

1. Kan den bruges?
2. Hvordan har samarbejdet fungeret?
3. Hvad er modellens svagheder?
4. Kan der laves ændringer som styrke modellen?
5. Har børnene det bedre, end hvis deres forældre ikke havde deltaget i modellen?

Det tredje lag er sundhedsvæsenet/socialvæsenets² vurdering af modellen.

Tabel 8.2.3

1. Hvor ofte og hvor mange har man fået henvist til modellen i år?
2. Hvor ofte er det lykkedes at etablere en samarbejdsaftale og lave en handlingsplan i år?
3. Fungerer samarbejdet?
4. Fungerer handlingsplanerne?
5. Hvilke problemer har vist sig?
6. Hvilke fordele er der i at bruge modellen?
7. Hvilke ulemper har vist sig ved brug af modellen?
8. Har det gavnet børnene, at deres forældre har deltaget i modellen?
9. Hvordan?
10. Hvad er de afledte fordele af modellen?
11. Hvad er de afledte udgifter af modellen?
12. Hvad er de afledte ulemper af modellen?

BUDGETTET

Modellen bør kunne indarbejdes som en del de initiativer under Koalitionsaftalen af november 2005 (børnepakken). Projektkoordinering foregår centralt med ansættelse af en projektkoordinator. Der vil være udgifter med hensyn til løn, oprettelse af kontorplads og årlige rejseaktivitet.

Der afsættes midler til hjælp til opkvalificering af de fagfolk, som skal deltage i det tværfaglige/tværsæktorelle samarbejde. Der er tale om udgifter til kurser, lønudgifter og andre afledte udgifter i forbindelse med kursusaktivitet. Ethvert initiativ har både positive og negative afledte udgifter i forbindelse med implementering og gennemførelse. Disse udgifter bør figurere i de økonomiske beregninger ved implementering af indsatsen/modellen.

Derudover vil der sker en koordinering og kvalificering af statistik på denne gruppe af børn. Derfor skal der afsættes tid og midler til indberetning og evaluering.

Tabel 9.0.1

Udgifter	2007	2008	2009	2010
Projektkoordinator/kontor				
Lønudgifter til en projektkoordinator	400.000,00	400.000,00	400.000,00	400.000,00
Personrelateret udgifter	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00
Rejseudgifter til projektkoordinator	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00
Ophold, diæt introduktionsmøder	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00
Kurser opkvalificering				
Lønudgifter for kursusleder	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00
Rejse og ophold for kursusleder	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00
Udgifter til kusstidtagere (rejse + ophold)	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00
Lønudgifter for kursusdeltagere	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00
Opfølgning				
Introduktionsmøde i kommunerne	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00
Videokonference hver 3. måned	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00
Supervision				
Frikøb af deltagere i modellen	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00
Afledte omkostninger				
Leje af lokaler	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00
Taxakørsel	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00
Forfriskninger til møder	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00
Evaluering				
Udgifter til behandling af data	50.000,00			50.000,00
Mangfoldiggørelse og distribuering				5.000,00
I alt	1.338.500,00	952.500,00	956.000,00	1.014.500,00

⁷Dette består af de faggrupper som er nævnt i Tabel 2.3.1 og 2.3.2

TIDSPLAN FOR MODELLEN

Hvert år implementeres modellen i yderlige tre nye distrikter. Hvert år tilbydes der kurset "Den gode barndom".

2006

Juni	Aflevering af projektbeskrivelse til DS
Juni/juli	Aflevering og godkendelse i DS
November/december	Vedtagelse af finansloven 2007
November	Kursus del I "Den gode barndom"

2007

Januar	Opstart af pilotprojektet i 3 distrikter
Januar/februar	Introduktionsmøde i de 3 distrikter
Marts	Første videokonference
Maj	Kursus del II "Tværfaglig samarbejde"
Maj	Midtvejsevaluering af Pilotprojekt
November	Kursus del III "Tværfaglig samarbejde"

2008

Januar	Evaluering af det færdige Pilotprojekt 2007
Januar	Opstart næste 3 distrikter
November/december	Kursus del I "Den gode barndom"

2009

Januar	Årlig evaluering
Januar	Opstart næste 3 distrikter
November/december	Kursus del I "Den gode barndom"

2010

Januar	Årlig evaluering
Januar	Opstart næste 3 distrikter
November/december	Kursus del I "Den gode barndom"

BIBLIOGRAFI

1.
Bowlby, John (1988).
A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books.
2.
Killen, Kari (2004).
Omsorgssvigt er alles ansvar.
ISBN: 87-412-0359-3
3.
Stern, Daniel (2000)
Spædbarnet interpersonelle verden: Et psykoanalytisk og udviklingspsykologisk perspektiv. Hans Reitzels Forlag. København.
4.
Grossmann, Klaus (1991)
Attachment as an organizer of emotional and behavioural responses in a longitudinal perspective. London: Tavistock /Routledge.
5.
Stern, Daniel et. al. (1998)
Birth of a mother: How the experience changes you forever. Bloomsbury. USA.
6.
Weiner, Irving & Elkind, David (1972)
Normal udvikling og fejludvikling hos børn og unge. Gyldendals Pædagogiske Bibliotek. Haslev.
7.
Lyberth, Naja (2002)
Omsorgssvigt et samfundsmæssigt problem. Avis artikel.
8.
MIPI (2005) Statistik 2005.
Familiedirektoratet. Nuuk, Grønland.
9.
http://www.peqqik.gl/Nyheder/Asiis_tale_sundhedsvaerdier.aspx
10.
http://www.nanoq.gl/Groenlands_Landsstyre/Familiedirektoratet/Nyheder/Aabent_brev.aspx
11.
Landstingsforordning nr. 14 af 1. november 1982 om tværfagligt samarbejde i sociale sager.
12.
Landstingsforordning nr. 1 af 15. april 2003 om hjælp til børn og unge.
13.
Hjemmestyrets bekendtgørelse nr. 4 af 14. februar 2005 om helbredsundersøgelser og sundhedspleje for børn.
14.
Perinatalretningslinier (2001)
Obstetriskledelse DIH
15.
Persson, Gunver.(2000)
Jordemoderfagligmanual.
16.
" California Wraparound" 2004
("Svøb metoden")
California Department of Social Services: The Family Partnership Institute. CA., USA

BILAGSOVERSIGT

Bilag 1

Kommissorium

Bilag 2

Styregruppens arbejdsopgaver

Bilag 3

Protokol fra TFT i Nuuk

Bilag 4

Lokale initiativer

Bilag 5

Hjemmestyrets bekendtgørelse nr. 4 af 14. februar 2005 om helbredsundersøgelser og sundhedspleje for børn

Bilag 6

Samtykke erklæring

Bilag 7

Social anamnese spørgeskema

Bilag 8

Evaluerings og informations skema

Bilag 9

Landstingsforordning nr. 14 af 1. november 1982 om tværfagligt samarbejde i sociale sager

Bilag 10

Bemærkninger til landstingforordning 15 4 2003

Bilag 11

Uddrag af Jordemoderfaglig Manual 2000

Bilag 12

Eksempel på resultatoversigt

Bilag 13

Organisationsplan

Bilag 14

Begrebsliste

Bilag 1

Brev fremsendt pr. E-mail

Til:



Brevnr.:1

Dato:26. 04. 2006

J.nr.:

Ref.:rma

Landstyremedlemmet for Sundhed Asii C. Narup har sammen med Direktoratet for Sundhed ønsket at nedsætte en styregruppe der kan bidrag med:

- Fagligt input
- Pege på eksisterende ressourcer
- Pege på økonomiske konsekvenser af

Udarbejdelse af en projektbeskrivelse af en model for ”Tidlig indsats” overfor resourcesvage gravide familier og deres børn.

Dronning Ingrid's Hospital anmodes om at bidrage med 2 personer til styregruppen, som har erfaring med emnet og som kan bidrag med et fagligt input under arbejdet med projektet.

Introduktion:

Omsorgssvigt har mange ansigter, enten fysisk ved at børnene ikke får fornødne mad, varme og fysisk stimulering i spædbørnsalderen (0- 2 år), eller psykisk ved at omsorgspersoner (enten moderen, faderen eller en andet voksen) i barnets liv ikke er i stand til at give barnet opmærksomhed og eller kærlighed. Børns evner til at modtage omsorg skabes indenfor barnets første to leveår, derefter er skaden sket (1). Derfor er tidlig indsats overfor omsorgssvigt vigtigt for barnets fremtid. Allerede ved fødslen skal samfundet være klar med støtte til de familier som er i risikogrupperne.

Hvad er problemet:

Der er for mange børn som anbringes uden for hjemmet på grund af omsorgssvigt. Disse børn har haft en smertefuld opvækst i deres hjem og er skadet fysisk og eller psykisk. På trods af de store antal børn som er anbragt, er der et ligeså stort antal børn som venter på anbringelse. I en rapport udarbejdet af Familiedirektoratet i 2003 nævnes rapporten fra KANUKOKA. Det oplyses der, at i 2002 var der mellem 150- 200 børn og unge som ventede på at blive anbragt udenfor hjemmet (6). I løbet af 2004 var der 282 personer anbragt på døgninstitutioner (2). Martha Lund Olsen, Direktør for Familiedirektoratet har i sin udtalelse fra den 31. oktober 2005 sagt følgende:

”Vi er bevidste om, at netop den hurtige udvikling fra fangersamfund til industrielt samfund med vesteuropæisk levevis, har efterladt grupper i samfundet, som er blevet tabt undervejs. Vi er bevidste om, at det i familier med arbejdsløshed og manglende uddannelse, kan være ekstra svært

**Kommissorium for forebyggende indsats overfor tidlig omsorgssvigt af børn
Peqqissaanermik Ilinniarfik/ Center for Sundhedsuddannelser**

Bilag 1

at drage den omsorg for børnene som de har brug for..... landsstyret ønsker vedtaget og prioriteret en handlingsplan for en samlet indsats overfor de børn der i dag er vanskeligt stillet.”¹

I Koalitions aftale om implementering, underskrevet af Hans Enoksen, Josef Motzfeldt og Finn Karlsen, den 25. november 2005, er der enighed om at støtte til ressource svage familier skal opprioriteres og styrkes. Dette er vores mål.

Hvad målet med at danne en styregruppe:

Styregruppen skal ved at give input omkring udarbejdelse af handlingsplan og implementerings model for: ”Tidlig indsats overfor omsorgssvigt af børn: Fra graviditeten til 2 år”.

Hvad skal løses af styregruppen:

At være med til at skabe en organisatorisk ramme for implementering af initiativet ”Tidlig indsats overfor omsorgssvigt af børn”

1. At være rådgivende organ for projektet ”Tidlig indsats overfor omsorgssvigt af børn: Fra graviditet til 2 år”.
2. At være med til at definere grundlaget og roller for en tværfaglig indsats som kan danne rammen omkring initiativet. ” *Der findes allerede veluddannede personalegrupper i socialvæsnet, sundhedsvæsnet og skolesystemet, som i kraft af deres profession er i kontakt med de alle fleste børnefamilier. Dette skal styrkes og udnyttes til fordel for de ressourcetsvage familier.*”²
3. At overvåge og godkende projektets udvikling.
4. At give feedback omkring de forskellige muligheder som fremlægges styregruppen.
5. At være med til at udpege en følgegruppe for initiativet.

Rammerne: Projektbeskrivelsen udarbejdes af Ruth Montgomery-Andersen i samarbejde med PI og styregruppen.

Plan:

- Start den 15. marts 2006.
- Styregruppens sammensætning aftales.
- Der dannes et møde / evaluerings struktur.
- Mindst to møder i løbet af projekt perioden. Datoerne aftales med styregruppen/ PI
- Slut den 6. juni 2006. Der afleveres projektbeskrivelse til PI/ styregruppen.
- Aflevering af projektbeskrivelse til PI med de aftalte rettelser.

¹ http://www.nanoq.gl/Groenlands_Landsstyre/Familedirektoratet/Nyheder/Aabent_brev.aspx

² Citat fra brev fra Asii C. Naarup, 2005.

**Kommissorium for forebyggende indsats overfor tidlig omsorgssvigt af børn
Peqqissaanermik Ilinniarfik/ Center for Sundhedsuddannelser**

Bilag 1

**Det første møde i styregruppen vil blive den 17. maj 2006 fra kl. 10- 12 i PI's auditoriet.
Asii C. Narup / Søren Rendal vil indlede mødet.**

Der forventes også at der holdes møde den 1. juni og 6. juni 2006. Begge gange på PI.

Med venlig hilsen

Ruth Montgomery-Andersen

Ann B Kjeldsen

Projektleder/Sekretær for Styregruppen

Centerleder

"Børnevilkårene, ikke mindst de vilkår børn og deres familiers, med behov for ekstra indsats, er vigtigste emner i de seneste års debat i samfundet. Landstyrekoalitionens målsætning er at gøre en ekstra indsats ud fra disse realiteter"³

³ Citat fra koalitionsparternes rammeaftale for ekstra indsats omkring familier, børn og de handicappede.

Bilag 2

**Projektbeskrivelse Kommissorium for Forebyggende
indsats overfor omsorgssvigt
Fra graviditet til 2 år.**

Peqqissaanermik
Ilinniarfik
Center for
Sundhedsuddannelser

"Børnevilkårene, ikke mindst de vilkår børn og deres familiers, med behov for ekstra indsats, er vigtigste emner i de seneste års debat i samfundet" (Koalitionsaftalen af november 2005)

Kommissorium for "Forebyggende indsats overfor omsorgssvigt: Fra graviditet til 2 år"

Dette kommissorium er udformet som en del af Landsstyrekoalitionsaftale om børnefamiliernes vilkår på vegne af Direktoratet for Sundhed/ Landsstyremedlemmet for Sundhed, idet det er et politisk målsætning at intensivere den forbyggende og sundhedsfremmende indsats overfor gravide familier og deres børn. I Landsstyrekoalitionsaftalen, kendt som børnepakken, er en målsætning, at der skal indenfor de kommende år gøres en ekstra indsats overfor familier og børn, blandt andet ved at styrke det tværsektorale samarbejde. (1)

Introduktion:

Omsorgssvigt har mange ansigter, enten fysisk ved at børnene ikke får fornødne mad, varme og fysisk stimulering i spædbørnsalderen (0- 2 år), eller psykisk ved at omsorgspersoner (enten moderen, faderen eller en andet voksen) i barnets liv ikke er i stand til at give barnet opmærksomhed, nærhed og eller kærlighed. Børns evner til at modtage omsorg skabes indenfor barnets første to leveår, derefter er skaden sket. (2) Derfor er tidlig indsats overfor omsorgssvigt vigtigt for barnets fremtid. Allerede ved graviditetens start skal samfundet være klar med støtte til de familier som er i risikogrupperne og med særlig behov for støtte.

Den viden vi har omkring det spæde barns udvikling og tilknytnings nødvendighed for barnets udvikling, blev allerede i 1958 beskrevet af børnepsykiater John Bowlby (1907-1990). (3) Han præsenterede denne vigtige viden at tilknytning til en omsorgsperson er altafgørende for børns psykiske helbred. Denne skelsættende iagttagelse er grundlaget for spædbørns udviklings psykologi som vi kender til det. (2,3) Denne tilknytning, som foregår igennem samspil, omsorg og den tryghed som skabes af en omsorgsperson, er afgørende for børnenes evner til at indlære, også senere i livet.(4)

Den kendte udviklingspsykolog, Daniel Stern beskriver hvor vigtigt det er for det nyfødtes udvikling, at der foregår samspil mellem det og dets forældre/omsorgsperson.(5) Denne tidlige tilknytning reflekteres i barnets samspilsevner senere i livet. Et barn som oplever det nødvendigt omsorg, ville kunne ved 10 års alderen fremvise generel selvtilid og tillid til venner. Det ville også have haft mulighed for at udvikle strategier for at skaffe den hjælp og støtte som det trænger i sin hverdag. Denne omsorg og en sådan tillidsforhold er alt afgørende for de fleste børn i deres evner til at klare sig i skolesituationen.(4)

Behovet for tidlig indsats kan ses som en af flere indsatser som skal til for at nedbringe det antal af børn som anbringes udenfor hjemmet på grund af forældrene ikke har været i stand til at tage vare på dem.(7)

Når en kvinde bliver gravid, er det en hændelse som påvirker hende og hele hendes netværk. Hendes mand/ kæreste, hendes nærmeste familie og hendes netværk. Den

Projektbeskrivelse Kommissorium for Forebyggende indsats overfor omsorgssvigt Fra graviditet til 2 år.

Peqqissaanermik
Ilinniartik
Center for
Sundhedsuddannelser

gravide med særlige behov for omsorg og støtte, har et stort behov for at hendes partner og netværk er med i det samarbejde som finder sted.(7)

Hvem er målgruppen for projektet:

Meget unge mødre/forældre (14-17 årige)
Psykisk syge forældre
Forældre som er misbrugere af hash eller alkohol
Dårligt begavede forældre (som selv betegnes som handicappet)
Familier der har andre børn anbragt udenfor hjemmet
Mødre der selv er omsorgssvigtede
Voldsramte familier

Hvad er målet med projektet:

1. At sikre støtte og muligheder for vækst til familier med særligt behov for støtte.
2. At give det nyfødte menneske mulighed for en sund udvikling både fysisk, psykisk socialt og åndeligt.
3. At støtte eksisterende fag grupper / institutioner i deres forebyggende arbejde.
4. At tage ved lære af både Skandinavien og Nordamerika, og udvikle en konstruktiv organisation, som kan understøtte målsætningen om den tidlige indsats i et tværfagligt regi.
5. At udarbejde en implementeringsmodel, som er et formelt tværfagligt/ tværsektoralt samarbejde omkring tidlig indsats overfor omsorgssvigt og som er gennemskueligt og målbart.
6. At beskrive de mulige økonomiske konsekvenser og overvejelser vedrørende implementeringen af projektet. Dette inkluderer de positivt afledte konsekvenser.
7. At pege på mindst tre sundhedsdistrikter, hvor initiativet kan tages i brug.
8. At dokumentere mål, metode og resultat af tidlig indsats; for børnene og for familierne.

Hvad skal opnås i projekt perioden:

Der skal beskrives en model som kan danne en formel ramme for implementering af en forebyggende "Tidlig indsats" overfor gravide familier med særlige behov for støtte og deres ufødte barn i perioden op til barnet er 2 år gammelt.

Hvad er målet i projekt perioden:

Implementeringsmodel udformes i samarbejde med PI og styregruppen. Den færdige handlingsplan præsenteres til styregruppen / PI den 6. juni 2006.

Hvem skal deltage i styregruppe arbejdet:

Styregruppen skal bestå af personer som har erfaring med emnet og som kan bidrage med et fagligt input under arbejdet med projektet.

**Projektbeskrivelse Kommissorium for Forebyggende
indsats overfor omsorgssvigt
Fra graviditet til 2 år.**

Peqqissaanermik
Ilinniarfik
Center for
Sundhedsuddannelser

Deltagere	Deltager i styregruppen
Direktoratet for Sundhed	1 (formand) Bodil Karlshøj Poulsen og Anita Johansen
Familiedirektoratet	1 Olgannuaq Kleist
Kystledelsen	2 Sundhedsplejerske samt Jens Otto Veje eller Lone Gøttler
Center for Sundhedsuddannelse	1 Ann Birkekær Kjeldsen
MIPI	1 Nina Banjeree (deltager kun i det første møde)
KANUKOKA	1 Kisea Bruun
Sundhedsvæsnet/ DIH	2 Grethe Lyberth Lind og Anne Birgitte Jensen

Sekretær for styregruppen er Projektleder Ruth Montgomery-Andersen. Yderligere ressourcer inddrages hvis det er nødvendigt.

Plan for udarbejdelse af projektet:

Start dato den 15. marts 2006.

Mindst to møder i løbet af projekt perioden.

Datoerne aftales med styregruppen / PI.

Slutdatoen den 6. juni 2006.

Afleverings dato den 9. juni 2006.

Rammer:

Landstyremedlemmet for Sundhed ønsker en intensiveret indsats over for de familier som er i risikogruppen for omsorgssvigt. Styregruppen arbejder ud fra kommissoriet om tidlig indsats, som er godkendt af Landsstyremedlemmet for Sundhed. Ruth Montgomery-Andersen i samarbejde med PI, har til opgave at fungere som projekt sekretariat og beskrive en model til implementering.

Den endelige model for implementering skal godkendes i styregruppen
Opgaven har tværfaglighed som sit fokus, og derfor er det nødvendigt med en bredt sammensat styregruppe, der kan fungerer rådgivende organ for projektsekretariatet.

Succeskriterier for kommissorium:

1. At der er beskrevet et tværfaglig indsats omkring gravide familier med særlige behov og deres berørte børn i 0-2års alderen
2. At der er beskrevet et landsdækkende tværfagligt/ tværsektoralt samarbejde omkring det nyfødte barn og dens familie.
3. At der er beskrevet hvordan de allerede eksisterende ressourcer kan udnyttes til at støtte de familier som har særlige omsorgsbehov.
4. At de økonomiske forudsætninger for implementeringen af projektet er beskrevet.
5. At de fagpersoner som burde indgå i et tværfagligt/ tværsektoralt samarbejde er identificeret.
6. At der udarbejdes en tidsplan til implementeringen.
7. At der peges på tre (3) mulige distrikter til implementering.
8. At der udarbejdes en midtvejsevaluering som giver mulighed for at rette op på evt. problemer i pilot projekt perioden (DVS inden for det første år projektet kører).
9. At der udarbejdes en evaluering af projektet senest et år efter opstart.
10. At der peges på de uddannelsesmæssige behov for de faggrupper som deltager i samarbejdet.
11. At der kan udvikles indikatorer løbende under projektperioden.

**Projektbeskrivelse Kommissorium for Forebyggende
indsats overfor omsorgssvigt
Fra graviditet til 2 år.**

Peqqissaanermik
Ilinniarfik
Center for
Sundhedsuddannelser

Kommissoriet godkendt d.d.....

Asii Chemnitz Narup

Landsstyremedlem for Sundhed

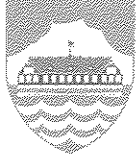
Søren Rendal

Direktør

Litteraturliste:

1. http://www.nanoq.gl/Groenlands_Landsstyre/Familiedirektoratet/Nyheder/Aabent_brev.aspx
2. Killen, Kari (2004). Omsorgssvigt er alles ansvar. ISBN: 87-412-0359-3
3. Bowlby, John (1988). A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books.
4. Grossmann Klaus (1991). Attachment as an organizer of emotional and behavioural responses in a longitudinal perspective. London: Tavistock / Routledge.
5. Stern, Daniel (2000) Spædbarnet interpersonelle verden: Et psykoanalytisk og udviklingspsykologisk perspektiv. Hans Reitzels Forlag. København.
6. MIPI statistik 2005
7. Lyberth, Naja (2002) Omsorgssvigt et samfundsmæssigt problem. Avis artikel.

Bilag 3



Akuersineq

Matumuuna Dronning Ingridip Napparsimavissua, Nakorsiartarfik (peqqissaasoq) Inunnik Isumaginninnermullu Ingerlatsivik naartunera kingornalu meerattaassara pillugu suleqatigiinnissaq akuersissutigaaara.
Ilanngullugu suleqatigiinnissamut uangattaaq peqataarusuppunga.

Akuersineq qaqugukkulluunniit taamaatinneqarsinnaavoq.

Ulloq..... Sumi.....

Arnaq_____ Angut_____

Samtykke

Jeg giver herved samtykke til et samarbejde mellem Dronning Ingrid's Hospital, Lægeklinikken, Sundhedsplejerske og Socialforvaltningen om min graviditet og senere mit nyfødte barn.

Jeg er samtidig villig til at deltage i dette samarbejde.

Samtykket kan til enhver tid trækkes tilbage.

Dato..... Sted.....

Kvinden_____ Manden_____

Samarbejdsaftale mellem DIH, Lægeklinikken og Socialforvaltningen vedrørende gravide og nyfødte med særlige omsorgsbehov

MÅLGRUPPE:

- Meget unge
- Psykisk syge
- Misbrugere
- Dårligt begavede
- Mødre der selv er omsorgssvigtede
- Familier der har andre børn anbragt

Formål: at vi samarbejder på tværs af sektorer om at støtte moderen til at klare rollen som mor så godt som muligt.

At vi samtidig vurderer kvaliteten af mor-barn kontakten. Dette med henblik på at kunne gribe ind med passende indsatser så tidligt som muligt.

Model Gravid:

1. Visitering ved styregruppen evt. pr. mail eller telefon:

Oversygeplejerske DIH
Ledende socialrådgiver Nuup Kommunea
Afdelingsjordemoder DIH
Børnepsykolog DIH
Ledende sundhedsplejerske (rep. For Lægeklinikken)

Klienterne henvises til visitering i styregruppen fra behandlerne, der forinden har indhentet skriftlig samtykke fra klienten.

1. Deltagere i møderne:

Repræsentant fra styregruppen
Sagsbehandler
Jordemoder
Sundhedsplejerske
Repræsentant fra afd. K3
Evt. børnepsykolog, tolk eller andre relevante samarbejdspartnere.

Gruppen holder et kort orienterende formøde, hvorefter klienten + evt. bisidder deltager.

Til mødet ligger skriftlig dagsorden.
Beslutningsreferat udsendes til alle deltagere + oversygeplejerske.

Model truet baby

Det vil typisk dreje sig om:
Tegn på dårlig mor-barn kontakt
Tegn på omsorgssvigt
Tegn på dårlig trivsel (når fysisk sygdom er udelukket)

1. visitering

Styregruppen:
Ledende Sundhedsplejerske (Lægeklinik)
Led. socialrådgiver (Nuup Kommune)
Børnepsykolog

Klienterne henvises til visitering i styregruppen, fra behandlerne, der forinden har indhentet skriftlig samtykke fra klienten.

1. Mødedeltagere:
Sagsbehandler
Sundhedsplejerske
Evt børnepsykolog, tolk og andre relevante samarbejdspartnere.

Gruppen holder et kort orienterende formøde, hvorefter klienten og evt. bisidder deltager.

Til mødet foreligger skriftlig dagsorden.
Beslutningsreferat udsendes til alle deltagere + Led. Socialrådgiver.

Arbejdsstruktur for begge modeller.

Oversygeplejerske eller afdelingsjordemoder fra DIH fungerer som kontaktperson på alle sager fra graviditeten og til og med 1. møde efter fødselen.

DIH er repræsenteret fra graviditeten og til 1. møde efter fødsel/udskrivning. Efter sidste møde på DIH med klienten, udarbejdes en fælles evaluering af forløbet og samarbejdet. DIH kan dog deltage ad. hoc hvis barnet indlægges, også i model truet baby.

Efter udskrivelse er det **sagsbehandleren** der har ansvaret for at indkalde og koordinere samarbejdet mellem klient, sagsbehandler, sundhedsplejen og andre relevante samarbejdspartnere f.eks. familievejleder, psyk. hjemmesygeplejerske eller rep. fra

Familiecentret, der skal holdes møde min. 1 gang pr. måned, og der skrives referat fra alle møder.

Sagerne afsluttes hvis barnet fjernes fra familien eller når barnet bliver 1 år.
Sagerne afsluttes med en evaluering af forløbet og samarbejdet. Evalueringen meldes tilbage til styregruppen.

Styregruppen mødes hver 3. måned, for at evaluere og skabe overblik over hvilke sager der kører og hvilke der er afsluttede, samt diskutere overordnede samarbejds-mæssige problemstillinger.

Revideret okt. 02 af : Karen Bøggild, Sara Wernay, Naja Lyberth, Ejla Størup og Anne Birgitte Jensen

Bilag 4

Lokale Initiativer

Juni 2006

Bilag 4

1. Aasiaat
 - Tværsektorelt samarbejds møde for mennesker i krise og vanskelige livs –situationer
 - Hjemmebesøg
 - Fødselsforberedelse
2. Ilulissat
 - Der foretages social anamnese på samtlige gravide
 - Fødselsforberedelse for samtlige gravide
 - Mor-barn hjem
 - Tværfaglige møde med Sundhedsvæsnet og Socialvæsnet
3. Ittoqortoormiit
 - Graviditets grupper
 - Hjemmebesøg hos nyfødte
4. Ivittut (Sammen med Narsaq)
5. Kangaatsiaq (Samarbejder med Aasiaat)
6. Maniitsoq
 - Åben prævention på konsultation
 - Tværfaglige møde med Sundhedsvæsnet og Socialvæsnet
 - Opsøgende virksomhed
 - Skoleundervisning om seksualitet
7. Nanortalik
 - Rygestop instruktør
 - Tværfaglig møde
 - Førstehjælp
8. Narsaq
 - Psykolog samarbejde
 - Tværfaglige møde med Sundhedsvæsnet og Socialvæsnet
9. Nuuk
 - Samarbejdsaftale med Nuuk Kommune omkring tidlig indsat overfor omsorgssvigt
 - Oprettelse af en kvinde daghøjskole in Kommunen
 - Familie skole
 - Familievejledere / miljøarbejdere
 - Krise center
 - Sundhedsplejerske
10. Sisimiut
 - Kursus for kvinder som har været udsat for seksuel misbrug
 - Forældre forberedelse
 - Familie behandlinger med psykolog fra kommune

Lokale Initiativer

Juni 2006

Bilag 4

- Krisecenter
- Medborgerhus
- Sundhedsuge
- Tværfaglig samarbejdsudvalg

11. Paamiut

- Seksualundervisning
- Fødsel forberedelse
- Efterfødselskurser
- Tværfaglig selvhjælpsgruppe seksuelmisbrug
- Sundhedsuge

12. Qaanaaq

- Hjemmebesøg hos nybagte forældre
- Familiebehandling i samarbejde med Qaqiffik
- Selvhjælpsgruppe (underoprettelse)
- Gæstehus for kvinder som er i fare
- Tværfaglige møde med Sundhedsvæsnet og Socialvæsnet

13. Qaqortoq

- Mor-barn hjem
- Fødselsforberedelse for samtlige gravide
- Tværfaglige møde med Sundhedsvæsnet og Socialvæsnet

14. Qasigiannuguit

- Tværfaglige møde med Sundhedsvæsnet og Socialvæsnet
- Selvhjælpsgruppe for seksuelmisbrug
- Social anamnese og samtale mhp. hash/alkohol misbrug
- Graviditets grupper/fødselsforberedelse

15. Qeqertarsuaq

- Mødregupper
- Hjemmesøg/udskrivelse samtaler

16. Tasiilaq

- Selvhjælpsgruppe for unge som tidligere har forsøgt af begå selvmord
- Gruppe for seksuelmisbrug/ incest / voldtægts ramte
- Dukkeprojekt

17. Upernavik

- Løbende kurser omkring seksuelmisbrug
- Tværfaglige samarbejdsudvalg
-

18. Uummannaq

- Tværfaglige møde med Sundhedsvæsnet og Socialvæsnet

Bilag 5

Hjemmestyrets bekendtgørelse nr. 4 af 14. februar 2005 om helbredsundersøgelser og sundhedspleje for børn

I medfør af § 10, stk. 3 og § 13, i Landstingsforordning nr. 15 af 6. november 1997 om sundhedsvæsenets ydelser m.v. som ændret ved Landstingsforordning nr. 12 af 14. november 2004, fastsættes:

Forebyggende helbredsundersøgelser af børn

§ 1. Alle børn under den undervisningspligtige alder tilbydes forebyggende helbredsundersøgelser udført af en distriktslæge.

Stk. 2. Der tilstræbes syv undersøgelser, dog skal der som minimum udføres en:

- 1) 5-ugers undersøgelse,
- 2) 1-års undersøgelse og
- 3) undersøgelse af barnets syns- og høreevne i 4-årsalderen.

§ 2. Alle børn i indskolingsfasen i 1. eller 2. skoleår tilbydes forebyggende helbredsundersøgelse ved en distriktslæge.

Stk. 2. Undersøgelserne tilrettelægges i samarbejde med skolen.

§ 3. En forebyggende helbredsundersøgelse ved en distriktslæge skal omfatte:

- 1) Samtale om barnets trivsel, udvikling og eventuel sygelighed.
- 2) Undersøgelse af barnet.
- 3) Samtale med og vejledning af forældrene.
- 4) Vaccination efter gældende regler.

Sundhedspleje for børn under den undervisningspligtige alder

§ 4. Alle børn tilbydes i deres første leveår funktionsundersøgelser ved sundhedsplejen, der som hovedregel finder sted ved besøg i barnets hjem. Der tilstræbes seks besøg, dog skal der som minimum være:

- 1) et etableringsbesøg i hjemmet kort efter fødslen,
- 2) en undersøgelse i 3-4 måneders alderen og
- 3) en undersøgelse i 7-10 måneders alderen.

Skolesundhedspleje

§ 5. Overfor børn i den undervisningspligtige alder skal sundhedsplejen ved funktionsundersøgelser og gennem regelmæssig kontakt med børnene afdække eventuelle almene samt individuelle sundhedsmæssige problemer.

Stk. 2. Funktionsundersøgelserne tilrettelægges i samarbejde med skolen.

§ 6. Sundhedsplejen tilbyder efter samråd med skolen rådgivning om pubertetsproblemer, misbrugsproblemer, kønsroller og prævention til børn og unge på 6. klassetrin og opefter.

Børn og unge med særlige behov

§ 7. Børn og unge med særlige behov skal indtil undervisningspligtens ophør tilbydes en særlig indsats, herunder målrettet rådgivning, bistand samt eventuelt yderligere undersøgelser ved en distriktslæge eller ved sundhedsplejen.

Stk. 2. Distriktets sundhedstjeneste vurderer behovet for en særlig indsats efter stk. 1 i et lokalt, tværfagligt samarbejde med forældre, lærere, pædagoger og tandlæger. Sagkyndige myndigheder på det sociale og pædagogiske område samt sundhedsområdet kan i fornødent omfang inddrages i vurderingen.

§ 8. Børn, der har særlige behov herfor, skal tilbydes funktionsundersøgelser ved hjemmebesøg af sundhedsplejen ud over 1 års alderen, jf. § 4.

§ 9. Chefdistriktslægen og sundhedsplejens personale bistår efter anmodning skoler, daginstitutioner for børn og unge m.v., med konkret rådgivning om de børn og unge som personalet finder har særlige problemer.

Stk. 2. Forinden en institution retter henvendelse til chefdistriktslægen og sundhedsplejens personale i de i stk. 1 anførte tilfælde, skal institutionen gøre barnets forældre bekendt med problemet samt i passende omfang inddrage dem i en løsning.

Distrikternes sundhedstjeneste

§ 10. Sundhedsplejen varetages af egnede fagpersoner, såsom sundhedsplejersker, sygeplejersker, sundhedsassistenter og sundhedsmedhjælpere.

Stk. 2. Sundhedsplejen udføres under ledelse af chefdistriktslægen.

§ 11. Chefdistriktslægen og sundhedsplejens personale, jf. § 10, bistår skoler, daginstitutioner m.v., med vejledning om almene sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende foranstaltninger, herunder generel rådgivning om børn og unges trivsel og oplysning om kost og hygiejne.

Øvrige bestemmelser og ikrafttræden m.v.

§ 12. Embedslægeinstitutionen yder rådgivning og vejledning til distrikternes sundhedstjeneste om hygiejne, bekæmpelse af smitsomme sygdomme og andre sundhedsmæssige forhold.

§ 13. Sundhedsvæsenets Kystledelse kan i samarbejde med Embedslægeinstitutionen udstede faglige retningslinier om helbredsundersøgelser og sundhedspleje for børn til uddybning af indholdet i denne bekendtgørelse.

§ 14. Sundhedsvæsenets Kystledelse udarbejder en årlig redegørelse om sundhedsplejens virksomhed.

§ 15. Denne bekendtgørelse træder i kraft den 1. marts 2005.

Stk. 2. Samtidig ophæves

- 1) Landslægens cirkulære nr.109 af 24. maj 1976 "Retningslinierne for tilrettelæggelse af profylaktisk arbejde under sundhedsvæsenet i Grønland".
- 2) Landslægens cirkulære nr.108 af 8. marts 1976 "Fra landslægen til distriktslægerne, overlægerne DIH, stationssygeplejerskerne og sundhedssygeplejerskerne i Grønland"
- 3) Direktoratet for Sundhed og Miljø's cirkulære nr. 1 af 11. november 1993 om Det Forebyggelsespolitiske Råd.
- 4) Direktoratet for Sundhed og Miljø's cirkulære nr. 7 af 15. november 1993 om Sundhedsnævn og Sundhedsplaner.
- 5) Direktoratet for Sundhed og Miljø's personaleadministrative retningslinier nr. 2 af 23. januar 1995 "Retningslinier for jordemødres arbejdsforhold i Grønland".

Grønlands Hjemmestyre, den 14. februar 2005.

Bilag 6

NAARTUSUT INOORLAALLU PAAQQUTARINEQARNISSAMIK IMMICKUT
PISARIAQARTITSISUT PILLUGIT SULEQATIGIINNISSAMIK ISUMAQATIGIISSUT

Akuersineq

Dronning Ingridip Napparsimmavissuata, Nakorsiartarfiup, meeraaqqerisup aamma Inunnik isumaginnittoqarfiup akornanni naartunera kingornalu meerartaassara pillugit suleqatigiinnissaq matumuuna akuersissutigaa.

Ilanngullugu uangattaaq suleqatigiinnissamut peqataarusuppunga.

Akuersineq qaqugukkulluunniit taamaatinneqarsinnaavoq.

Ulloq..... Sumiiffik.....

Arnaq_____ Angut_____

SAMARBEJDSAFTALE VEDRØRENDE GRAVIDE OG NYFØDTE MED SÆRLIGT
OMSORGSBEHOV

Samtykke

Jeg giver herved samtykke til et samarbejde mellem Dronning Ingrid's Hospital, Lægeklinikken, Sundhedsplejerske og Socialforvaltningen om min graviditet og senere mit nyfødte barn. Jeg er samtidig villig til at deltage i dette samarbejde.

Samtykket kan til enhver tid trækkes tilbage.

Dato..... Sted.....

Kvinden_____ Manden_____

Bilag 7

Ved første kontakt med den gravide optages en social anamnese. Hos de meget unge tales, om de har gjort sig nogle overvejelser om det at få barn. Nogle vælger abort efter første samtale. Der fortælles om at ens barndom har betydning for, hvordan man klarer den nye rolle som mor/ far. De følgende spørgsmål bliver stillet, men ofte kommer kvinderne selv ind på de emnerne.

Fortæl mig om din opvækst.

Hos hvem er vokset op?

Hvor har I boet?

Hvor mange har der boet det?

Har det været problemet i barndommen?

Har du været glad for skolen?

Har du fået uddannelse, har du tænkt på uddannelse, evt. hvilken uddannelse?

Hvordan har du tænkt dig at forsørge dit barn?

Har det været alkoholproblemet i barndomshjem, hvis ja har du været udsat for overgreb, seksuelle? vold?

Har I bolig? er I skrevet op til en bolig?

Bilag 8

Evalueringskema/ Informations skema

Bilag 8

Navn: _____ CPR nummer: _____

Distrikt/Kommune	
Familiens sammensætning	
Moderen	
Faderen	
Andre netværkspersoner	
Søskende til det ufødte barn	

<p>Begrundelsen for deltagelse</p>	
<p>Handleplan</p>	
<p>Arbejdsgruppen sammensætning</p>	
<p>Sagsbehandler</p>	
<p>Jordemoder</p>	
<p>Sundhedsplejerske</p>	

Forløbet	
Samarbejdet med familien	
Samarbejdet med øvrige faggrupper/ sektorer	

<p>Fremtiden</p>	
<p>Kommentar</p>	

Bilag 9

Landstingsforordning nr. 14 af 1. november 1982 om tværfagligt samarbejde i sociale sager.

§ 1. I henhold til aftale med Sundhedsbestyrelsen i Grønland fastsættes i denne forordning regler om tværfagligt samarbejde ved behandlingen af sociale sager i de grønlandske kommuner.

§ 2. Det påhviler kommunalbestyrelsen inden den 1. april 1984 at drage omsorg for, at der udarbejdes en vedtægt om tværfagligt samarbejde vedrørende behandlingen af sociale sager i kommunen.

Stk. 2. Vedtægten kræver godkendelse af Landsstyremedlemmet for sociale Anliggender, som er berettiget til at forlange den ændret, såfremt den ikke skønnes i tilstrækkelig grad at tilgodese formålet med det tværfaglige samarbejde.

§ 3. Det tværfaglige samarbejde skal som minimum omfatte regler for regelmæssige møder mellem repræsentanter for det stedlige sundhedsvæsen, folkeskolen og socialvæsenet.

Stk. 2. Samarbejdet kan tillige omfatte politiet, kriminalforsorgen og arbejdsmarkedskontoret.

§ 4. Formålet med det tværfaglige samarbejde er at sikre, at myndighederne ved behandlingen af sager vedrørende børn og unge, handicappede og personer med sociale og erhvervsmæssige vanskeligheder kan opnå det bedst mulige beslutningsgrundlag gennem udveksling af oplysninger og ideer, samt at der sker en koordination af de enkelte myndigheders indsatser.

§ 5. Kontaktudvalg eller lignende samarbejdsorganer, der nedsættes i medfør af denne forordning, kan ikke tillægges selvstændig beslutningskompetence i forhold til de i samarbejdet deltagende myndigheder.

§ 6. Det påhviler kommunens sociale forvaltning at varetage sekretærfunktionen vedrørende det etablerede samarbejde.

§ 7. Landsstyremedlemmet for sociale Anliggender kan udarbejde vejledende retningslinier vedrørende det tværfaglige samarbejde.

§ 8. Denne forordning træder i kraft den 1. januar 1983.

Grønlands Hjemmestyre, den 1. november 1982

Jonathan Motzfeldt

/

Moses Olsen

Bilag 10

Bemærkninger til forslag til landstingsforordning om hjælp til børn og unge.**Almindelige bemærkninger**

Baggrunden for fremlæggelsen af dette forslag til ny Landstingsforordning om hjælp til børn og unge er dels anbefalingerne i Socialreformkommissionen betænkning fra 1997 og dels debat og beslutninger i Landstinget om børn og unge.

I Grønlands Børneår 2000 blev der afholdt konferencen "Nye veje i omsorgen for børn og unge", hvor der blev fremlagt en række forslag om nye initiativer med henblik på revision af regler og forbedring af indsatsområder. Disse forslag er tillige søgt indarbejdet.

Behovsprincippet skal være grundlaget for hjælp til børn og unge, således at det er barnets/den unges behov, der er afgørende for hvilke hjælpeforanstaltninger, der sættes i værk, i stedet for det nuværende princip hvor der alene fokuseres på familiens samlede behov. Derfor sætter forordningen barnets basale behov i fokus. En umiddelbar konsekvens er, at der kan og skal sættes ind på et tidligt tidspunkt i børnefamilier med sociale problemer. En tidlig indsats giver mulighed for, at problemerne ikke bliver for omfattende for barnet eller den unge, og at problemerne ikke får lov at blive større og mere komplekse.

En tidlig indgriben og obligatorisk udarbejdelse af handleplaner kan være med til at forebygge, at problemerne i børnefamilien vokser, og samtidig bevirke et mindsket behov for eksempelvis en behandlingsanbringelse af et barn. Derfor er der forslag til bestemmelser om handleplaner for tiltag i hjemmet, ved anbringelser med præcisering af formålet, og ved ophøret af anbringelsen (efterværn), så der tages hånd om barnets eller den unges fremtid.

En professionel plejefamilieordning kan for nogle børn og unge være alternativ til anbringelse på en døgninstitution. En professionel plejefamilieordning kan også være en fordel for døve og hørehæmmede børn og unge, der ikke har specielt behov for en døgninstitution, men alene har brug for at kunne følge en særlig tilrettelagt undervisning, som kun tilbydes uden for hjembyen.

En professionel plejefamilie vil have mulighed for at give barnet/den unge et indblik i, hvordan en normal familie fungerer. Det vil være muligt for de voksne i plejefamilien at give barnet/den unge en opmærksomhed og tryghed, som der ikke er basis for i en døgninstitution, idet der naturligt vil være en stor personaleudskiftning.

Endvidere vil der være bedre mulighed for, at de voksne i plejefamilien kan sætte sig ind i det enkelte barns følelser og reaktioner i et nærværende miljø og derved give barnet en følelse af at være accepteret. Den tætte relation og den professionelle plejefamilies pædagogiske baggrund og opkvalificering giver bedre muligheder for at gennemskue og forudse barnets reaktioner og derved målrette indsatsen det enkelte barn.

Derfor er der indarbejdet forslag om professionelle plejefamilier.

Professionelle familieplejere er et supplement til døgninstitutionerne. Erfaringerne viser at behovet for institutionspladser til behandlingskrævende børn og unge er stigende, og den professionelle plejefamilie vil derfor også være et velkomment supplement til de nuværende døgninstitutioner.

Med henblik på en sikring af et mere kontinuerligt forløb for børn og unge, der anbringes på døgninstitution, er der udarbejdet bestemmelser om efterværn, således at der sikres en opfølgning på og et videre arbejde omkring barnet / den unge, når det udsluses fra døgninstitutionen.

En del af bestemmerne i den gældende forordning vil også være at finde i dette forslag, men når de anvendes skal kommunerne altid have formålet i tankerne, således at forordningen bliver forvaltet i henhold til formålet.

Der er sket en opstramning af nogle af bestemmelserne således at der ikke længere vil være tvivl om, at barnet eller den unge skal sættes i centrum.

Forordningen tilgodeser principperne i FN's konvention om barnets rettigheder. Det indebærer, at børn og unge skal hjælpes til at udforme sine egne synspunkter i alle faser af undersøgelsen og indsatsen. Det understreges, at barnets eller den unges synspunkter altid skal indtages og tillægges passende vægt afpasset efter barnets alder og modenhed.

Forholdet til anden lovgivning

Den kommunale styrelseslov blev revideret i 1994 og sagsbehandlingsloven blev vedtaget samme år.

Ved denne revision af børn- og ungeforordningen fra 1992 er der derfor foreslået en række ændringer som følge af ovennævnte to love, hvis generelle bestemmelser erstatter de specielle bestemmelser i den nuværende forordning.

Den kommunale styrelseslov:

I henhold til den kommunale styrelseslov er det op til den enkelte kommunalbestyrelse at beslutte, hvordan styrelsesvedtægten skal være. At kommunalbestyrelsen er angivet som beslutningsmyndighed er ikke til hinder for, at børn- og ungesagerne er placeret i det sociale udvalg

eller andet stående udvalg. Det er heller ikke til hinder for at beslutningen i de enkelte sager træffes på administrativt niveau.

Overalt i bemærkningerne til de enkelte bestemmelser er kommunen anført som den sagsbehandler og besluttende myndighed, men det ændrer naturligvis ikke på, at beslutningerne træffes på vegne af kommunalbestyrelsen.

Det følger af styrelsesloven,

- at beslutninger normalt træffes ved almindeligt flertal,
- at et udvalgsmedlem kan forlange en sag forelagt den samlede kommunalbestyrelse,
- at formanden for et udvalg kan træffe beslutning på udvalgets vegne samt
- at borgmesteren kan træffe uopsættelige beslutninger på kommunalbestyrelsens vegne

Da der allerede er en række regler i styrelsesloven, der tilgodeser de samme principper som nogle af bestemmelserne i den nuværende forordning er det fundet hensigtsmæssigt at fjerne bestemmelserne om kommunalbestyrelsernes og det sociale udvalgs opgaver/kompetencefordeling i dette forslag.

Sagsbehandlingsloven:

Forslagets bestemmelser om sagsbehandling suppleres naturligvis af sagsbehandlingsloven, der indeholder detaljerede bestemmelser om vejledning, aktindsigt, retten til at udtale sig og partshøring m.v. Det er vigtigt at sagsbehandleren under hele sagens forløb iagttager sagsbehandlingsloven og i sin sagsbehandling medtager de særlige regler der er anført i enkelte paragraffer.

Handicapforordningen:

Både den nuværende forordning og dette forslag tager sigte på almindelige børn og unge. Bestemmelserne suppleres med bestemmelserne i landstingsforordning om hjælp til personer med vidtgående handicap for så vidt angår handicappede børn og unge.

Lov for Grønland om svangerskabsafbrydelse nr.232 af 12. juni 1975:

Hjemmel, til at den gravide unge under 18 år kan få foretaget abort uden forældrenes samtykke, findes i lovens § 6 stk 2.

Udover ovennævnte lovgivning er der også berøringsflader med Landstingsforordning om tværfaglige samarbejdsudvalg og Landstingsforordning om kommunernes indbyrdes betalingsforpligtelser

Forslaget med bemærkninger har været til høring hos KANUKOKA på vegne af kommunerne, arbejdsmarkedets parter, interesseorganisationer m.fl. De indkomne høringssvar er indarbejdet i nærværende forslag.

Administrative og økonomiske konsekvenser

Nye tiltag såsom tidlig indsats for gravide kvinder, familiebehandling, aflastning, støtte til forældre i forbindelse med fjernelse af barn fra hjemmet, efterskole/kostskoleophold, handleplaner, professionel familiepleje, kommunale forpligtelser overfor plejefamilier, eventuelle sager til Det centrale børnesagkyndige udvalg samt eventuel oprettelse af kommunale døgninstitutioner, vil selvfølgelig betyde administrativt merarbejde for kommunen og Landsstyret.

Der skal dog tages et forbehold for det merarbejde, der kan være tale om. Den væsentligste del af det administrative arbejde skal allerede udføres i henhold til sagsbehandlingsloven. Som eksempler kan nævnes: sagens oplysning, høring af samarbejdsparter, mødevirksomheder, brevvekslinger i forbindelse med handleplaner. Og i et vist omfang findes der allerede i kommunerne en tidlig indsats for gravide kvinder, familiebehandlinger, aflastninger samt tilbud til plejefamilier.

Der er foretaget økonomiske beregninger på de områder hvor der er foreslået nye eller ændringer på eksisterende tiltag: personlig rådgiver, aflastning, efterskole, professionel plejefamilie og udmåling af forsørgelse af alle plejebørn, samt kursus for plejefamilier og sagsbehandlere for plejefamilier.

Den samlede udgift for tiltag i forbindelse med anbringelse af børn og unge i familiepleje indgår i konsekvensberegningen, selvom kommunerne i forvejen afholder nogle af udgifterne.

De samlede forøgede udgifter som indgår i bloktilskudsaftalen for år 2003 udgør i alt 18,3 mio. kr. pr. årsbasis, se vedlagte bilag. Dette beløb er indarbejdet i Forslag til Finanslov 2003.

Da forordningen kommer til at træde i kraft et halv år senere end forudsat ved indgåelse af bloktilskudsaftalen for 2003 bliver de økonomiske konsekvenser i 2003 mindre end de 18,3 mio. kr. Dermed er denne forudsætning for bloktilskudsaftalen for 2003 ændret, og der skal ske en genforhandling af aftalen om bloktilskud til kommunerne for 2003.

Bemærkninger til de enkelte bestemmelser

Til § 1

Forordningen indledes med at fastslå formålet, herunder at barnet skal være i centrum.

Den gældende forordning er blevet administreret ud fra et princip, hvor det er forældrenes ret til deres barn, der har været afgørende for den hjælp, der ydes til barnet og familien som helhed. Der skal fortsat tages højde for hele familiens behov og at de får tilbudt hjælp, men det skal ikke overskygge barnets individuelle behov, der ofte er begrundet i forældrenes omsorgssvigt. Udgangspunktet er barnets eller den unges behov for en tryk opvækst.

Til § 2

Efter formålet skal der skabes de bedst mulige opvækstvilkår for alle børn og unge. Kommunerne har i forhold til de børn og unge, der ikke har særligt behov for hjælp, pligter i henhold til dagtilbud, skole m.v.

Disse tilbud suppleres for børn og unge med særlige behov af bestemmelserne i denne forordning. Blandt de muligheder, som forordningen giver kommunen mulighed for at iværksætte, skal vælges de tiltag, der er mest hensigtsmæssige for det enkelte barn eller den enkelte unge i det konkrete tilfælde. Der bør derfor med det samme sættes på den hjælpemulighed, som efter en indledende undersøgelse af barnets eller den unges forhold må anses for den rette til opfyldelse af det konstaterede behov.

Formålet med at yde hjælp til de børn og unge, der har et særligt behov er, at skabe de bedst mulige opvækstvilkår, så de får mulighed for at udnytte deres potentiale bedst muligt med hensyn til personlig udfoldelse, udvikling og sundhed.

Hjælpen skal ydes på så tidligt et tidspunkt som muligt ud fra en forudsætning om, at en tidlig indsats i en del tilfælde kan standse et u hensigtsmæssigt udviklingsforløb.

Der kan særligt henvises til betydningen af en familieorienteret og forebyggende indsats over for børn og unge af forældre med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer fx som følge af alkohol- eller narkotikamisbrug eller en sindslidelse.

Det er præciseret, at kommunen skal yde en særlig indsats til gravide kvinder, hvis børn er i særlig risikogruppe, fordi barnets udviklingsmuligheder i høj grad afhænger af tiden lige før og efter fødslen.

Til § 3

Nationale rapporter tilsendes FN's Børnekomite hvert 5. år og næste gang er i 2003. For at få så sandfærdigt et billede som muligt af børn og unges vilkår er det vigtigt, at kommunerne bidrager med at rapportere lokale tiltag eller begivenheder.

Til § 4

Bestemmelsen fastslår en tilsynsforpligtelse for kommunen.

Tilsynspligten omfatter alle forhold, der har betydning for børns og unges livsbetingelser i lokalområdet. Det er således kommunens pligt også over for andre myndigheder at gøre opmærksom på u hensigtsmæssige forhold.

Ved udførelsen af tilsynet er det vigtigt, at der samarbejdes ikke blot mellem de enkelte forvaltninger i kommunen, men også med andre offentlige myndigheder, fx embedslægen. Et samarbejde med private og frivillige organisationer og foreninger vil også være nødvendigt for, at kommunen kan danne sig et overblik over tilbudene til børn og unge i kommunen. Dette er især vigtigt af hensyn til mulighederne for en tidlig forebyggende indsats.

Kommunernes tilsynspligt omfatter også børn og unge, der er anbragt uden for hjemmet. Det er dermed ikke den hidtidige hjemkommune men den kommune, barnet nu bor i, der fører tilsyn med barnet eller den unge, der er anbragt uden for hjemkommunen.

Bestemmelsen understreger betydningen af, at tilsynet føres på en sådan måde, at der kan sættes ind med en tidlig indsats i de tilfælde, hvor et barn eller en ung må formodes at have behov for særlig hjælp og støtte.

Kommunens pligt til at føre tilsyn omfatter alle børn og unge, der har ophold i kommunen, og dermed også børn og unge på krisecentre. Dette indebærer, at kommunen må tage kontakt til og løbende holde sig orienteret om forholdene for de børn og unge, der opholder sig på de i kommunen beliggende krisecentre, med henblik på, at den relevante hjælp kan tilbydes til barnet eller den unge og familien på det tidligst mulige tidspunkt. Dette skal naturligvis ske under iagttagelse af den anonymitet, som brugerne af krisecentret er sikret.

Til § 5

Reglerne om underretningspligt efter § 5 har sammenhæng med, at det efter § 9 påhviler kommunen at yde forældremyndighedsindehaveren eller andre, der sørger for et barn eller en ung, rådgivning med henblik på løsning af vanskeligheder i familien, og at det påhviler kommunen at sørge for, at barnets eller den unges forhold undersøges, hvis det må antages, at barnet eller den unge trænger til særlig støtte.

Alle borgere har pligt til at foretage underretning. Det er i offentlighedens og alles interesse at tilgodese børn og unge.

Ved modtagelse af skriftlige underretninger vil det være i overensstemmelse med god forvaltningsskik, at kommunen over for afsenderen bekræfter modtagelsen af underretningen.

En underretning i medfør af § 5 medfører ikke, at kommunen bliver forpligtet til at iværksætte tiltag. I nogle tilfælde vil henvendelsen nødvendiggøre, at kommunen som led i sin almindelige tilsynspligt i henhold til § 4, skal undersøge, om der er behov for hjælp.

En egentlig pligt til at underrette familien vil afhænge af den konkrete sag, men kommunen må være meget opmærksom på, at familien inddrages så tidligt som muligt, hvis det kommer på tale at iværksætte undersøgelser og lignende.

Med hensyn til notatpligt kan der henvises til offentlighedslovens § 6, hvorefter der er notatpligt vedrørende faktiske oplysninger, der er af betydning for en sags afgørelse, i sager, hvor der vil blive truffet afgørelse af en forvaltningsmyndighed.

Et særligt problem foreligger, hvor der er tale om anonyme henvendelser. Problemet kan opstå i 2 forskellige situationer. I den ene situation, hvor underretteren er anonym også i forhold til kommunen, kan det være nødvendigt, at kommunen foretager en undersøgelse på baggrund af den anonyme henvendelse, men arten og omfanget må i høj grad afhænge af de konkrete omstændigheder.

I den anden situation er kommunen bekendt med underretterens navn, men denne ønsker at være anonym i forhold til familien. Der er efter sagsbehandlingslovens § 15 mulighed for at undtage navnet på underretteren fra aktindsigt, men kun når dette kan begrundes med et særligt hensyn til underretteren, og kun når dette hensyn klart overstiger hensynet til familiens behov for at få oplyst identiteten på underretteren. Kommunen kan derfor ikke på tidspunktet for underretningen love, at vedkommende kan være anonym i forhold til familien.

Til § 6

Bestemmelsen fastslår, hvordan kommunen skal iværksætte og gennemføre undersøgelsen. 15 års grænsen er valgt, fordi barnet på det tidspunkt er over den kriminelle lavalder.

Hvis barnet eller den unge modsætter sig undersøgelsen, må det afgøres ud fra de regler, der i øvrigt gælder om lægelig behandling imod patientens ønske, om undersøgelsen kan gennemføres.

Hvis det i forbindelse med en undersøgelse viser sig, at barnet har et handicap, skal sagen behandles i overensstemmelse med landstingsforordning om hjælp til personer med vidtgående handicap.

Lokale fagfolk kan f. eks. være psykologer, pædagoger, sundhedsplejersker, socialpædagoger. Bestemmelsen giver hjemmel til, at kommunen kan lade barnet midlertidigt anbringe på institution eller indlægge på sygehus eller psykiatrisk afdeling for at undersøgelsen kan gennemføres uden forældrenes samtykke.

Til § 7

En undersøgelse kan resultere i, at kommunen træffer afgørelser om iværksættelse af hjælpeforanstaltninger i forhold til barnet eller for familien. For at få mest ud af hjælpeforanstaltningen skal det fremgå hvordan forældrene eller barnet forholder sig til hjælpen.

Selvom der er mulighed for at tilbyde hele familien hjælpeforanstaltninger, vil der, som krævet i FN's Børnekonvention, altid blive taget udgangspunkt i barnet/den unge og deres behov. Det er hensigten, at der i vejledningen vil blive givet eksempler på hjælpeforanstaltninger, og hvornår det kan være mest hensigtsmæssigt at anvende de forskellige muligheder.

De forskellige hjælpeforanstaltninger fremgår af § 9.

Til § 8

Der er efter bestemmelsen ikke tale om en egentlig pligt for kommunen til altid at give barnet mulighed for en samtale. Kommunen skal vurdere konkret, om barnet med fordel kan udtale sig om sagen. Barnet har ret til at afslå at udtale sig, og oplysning herom skal fremgå af sagen.

Forældremyndighedens indehaver kan ikke modsætte sig, at kommunen giver barnet mulighed for en samtale.

Sagsbehandlingsloven fastlægger, hvornår kommunen er forpligtet til at foretage partshøring. Bestemmelserne er imidlertid ikke til hinder for, at der gennemføres partshøring i videre omfang. Det vil følge af god forvaltningsskik, at partshøring også foretages i de tilfælde hvor det skønnes, at den unge kunne have en vis interesse i at få lejlighed til at se og eventuelt kommentere afgørelsesgrundlaget, medmindre hensynet til offentlige eller andre privates interesser taler imod det.

Det tværfaglige samarbejdsudvalg består af repræsentanter for skole-, social- og sundhedsvæsen, og dets opgaver fremgår af Landstingsforordning nr. 14 af 1. november 1982.

Til § 9

Når barnets og familiens forhold betyder, at kommunen må tilbyde hjælpeforanstaltning, skal kommunen indhente samtykke fra forældremyndighedsindehaver og hos barnet, hvis dette er fyldt 15 år. Tilbuddet til barnet skal tage udgangspunkt i det særlige behov, barnet har for at kunne imødegå problemerne hos sig, familien eller omgivelserne. Hjælpeforanstaltninger kan være en eller flere på én gang.

Forudsætningen for et godt udbytte af tiltagene er samarbejdet med forældrene og barnet og at parterne er motiverede for det. Der skal så vidt muligt træffes afgørelse om hjælp, der er i overensstemmelse med barnets og den unges behov, og således at forældremyndighedens in-

dehavere eller andre der faktisk udøver omsorg for barnet eller den unge, også er indforstået med de tiltag, som iværksættes. Desuden vil der også kunne være tiltag som omfatter hele familien og derfor er det vigtigt at samarbejde med både barnet, den unge og forældremyndighedsindehaveren om tiltagene.

Rækkefølgen af hjælpeforanstaltningerne er ikke udtryk for en tidsmæssig prioritering i et sagsforløb. Enkelte bestemmelser er så åbenbare, at de ikke kræver uddybning.

Ad nr. 1:

Socialfaglig bistand til familien vil tage udgangspunkt i samtaler med særligt sagkyndige.

Forløbet af disse samtaler med familien og barnet eller den unge kan føre til, at der skønnes at være behov for at præcisere, at familien skal følge en bestemt fremgangsmåde, eventuelt i tilslutning til nærmere angivne tiltag som for eksempel:

- at barnet skal søge et dagtilbud,
- at barnet eller den unge skal søge en skole eller andet uddannelsessted, en ungdomsklub eller lignende, eller
- at barnet skal deltage i forskellige foreningsaktiviteter.

Ad nr. 2:

Et socialpædagogisk dagtilbud kan tilbydes, hvis det er åbenbart at barnet har brug for særlig stimulering til elementære daglige gøremål, som barnet ikke kan få hos forældrene. For den unge kan det f.eks. være hjælp til at starte en praktik med henblik på uddannelse eller tilpasning til beskæftigelse.

Ad nr. 3:

En hjælp til familien kan f.eks. bestå i at støtte familien i at strukturere hverdagen, at sørge for at børnene kommer i skole, til idræt eller lignende, at støtte forældrene i grænsesætning over for børnene, at motivere forældrene til aktiviteter og at støtte familien i kontakt til omgivelserne.

Støtten ydes i hjemmet af en person, der er ansat af kommunen med det formål at få familien til at fungere bedre eller styrke forældrene. Støtten kan være af såvel pædagogisk karakter som af praktisk art, eller hvad der i øvrigt måtte være behov for. Afgørelsen af hvilken person, der ansættes til opgaven, hviler på en vurdering af, hvilken sagkundskab der skønnes nødvendig i forbindelse med behovet hos familien, samt en vurdering af problemets karakter.

Støtten kan ydes i meget varierende perioder fra nogle få måneder til flere år, og tilstedeværelsen af en støtteperson i familien kan variere fra flere timer dagligt til et besøg 1-2 timer om ugen eller hver 14. dag alt efter, hvor stor en indsats en afhjælpning af problemerne må antages at kræve.

Ad nr. 5:

For eksempel kan det være nødvendigt at foretage en anbringelse lige efter fødslen af et barn, hvis det er åbenbart under moderens graviditet, at hendes omsorgsevne er nedsat, eller hun har en mangelfuld indsigt i at varetage et nyfødt barns pleje og omsorg. Kommunen kan vælge at anbringe mor og barn på døgninstitution sammen, når der er udsigt til, at moderen vil og kan indgå i et samarbejde og lære at tage vare på barnet på længere sigt. Moderen skal kende formålet med anbringelsen, og at hun muligvis ikke kan få sit barn med hjem ved udskrivelsen.

Ad nr. 6:

Bestemmelsen giver hjemmel til at iværksætte aflastningsophold, uden at aflastningen skal henføres under anbringelsesreglerne. Dette gælder, hvad enten aflastningen angår børn og unge med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller børn og unge med sociale vanskeligheder. Der kan være flere formål med en aflastningsordning, fx aflastning af forældrene, støtte i opdragelsen af barnet eller forskellige former for optræning af barnet. I alle tilfælde er der tale om en hjælp for et barn eller en ung med ophold i eget hjem.

Tidsmæssigt kan de enkelte aflastningsophold strække sig fra 1 - 2 dage til 2 - 3 uger ad gangen. Selve aflastningsordningen vil kunne fungere for en længere årrække, eventuelt under hele opvæksten.

I praksis bruges aflastningsophold også i kombination med døgnanbringelse på institution, professionel familiepleje eller familiepleje. I disse tilfælde er aflastningsopholdet en integreret del af døgnanbringelsen, jf. nr. 10.

Ad nr. 9:

Bestemmelsen giver mulighed for at yde hjælp til dækning af forældrenes udgifter ved barnets eller den unges kost-/efterskoleophold, uden at der herved er tale om en anbringelse af barnet eller den unge uden for hjemmet.

Bestemmelsen vil kunne anvendes i en række tilfælde, hvor kommunen skønner, at barnet eller den unge vil have gavn af et kost-/efterskoleophold, men hvor forældrene ikke har midler til egenbetalingen helt eller delvist og/eller rejsen. Hjælpen kan ydes i de tilfælde, hvor barnets/den unges problemer herunder psykiske skader er mindre alvorlige end det, der danner grundlag for en anbringelse uden for hjemmet.

Ad nr. 10:

En anbringelse uden for hjemmet skal vurderes i sammenhæng med de øvrige tiltag, som er nævnt i bestemmelsen. For at kunne opfylde formålet med anbringelsen kan der være behov for en kombination af hjælpetiltag over for hele familien.

Hvis en ung under 18 år, der selv har et barn, anbringes uden for hjemmet sammen med barnet, betragtes opholdet som et hjælpetiltag for den unge og barnet under et. Der skal således

ikke træffes en særskilt afgørelse vedrørende barnet, så længe barnet opholder sig sammen med den, der har forældremyndigheden.

Ad nr. 11:

Bestemmelsen er ny og er indsat for at understrege vigtigheden af, at kommunen i samarbejde med barnet, den unge fortsætter hjælpeforanstaltningen, indtil barnet, den unge ikke længere har brug for hjælp, og dermed kan klare sig selv uden hjælp i henhold til denne forordning.

Bestemmelsen i stk. 3 giver adgang til at yde hjælp til dækning af udgifter, som står i direkte sammenhæng med de henstillinger eller pålæg som kommunen giver jf. numrene 1 til 11, som familien ikke selv har råd til at afholde.

Til § 10

Bestemmelsen om anbringelse uden for hjemmet uden samtykke, er blevet mere klar i forhold til gældende forordnings bestemmelser. Det er blevet præciseret, hvornår en kommune skal gribe til handling og foretage anbringelse uden samtykke. Sondringen mellem § 9 om at yde hjælpeforanstaltninger i samarbejde med forældremyndighedsindehaver og § 10 om tvangsmæssig indgriben er klar.

Behovsprincippet betyder, at der kan ske anbringelse uden for hjemmet, når barnets basale behov ikke kan opfyldes, og barnet har særligt behov for omsorg og pleje, eller når der på anden måde er risiko for alvorlig skade på barnets / den unges udvikling og sundhed.

Efter nr. 1. kan kommunen træffe afgørelse om anbringelse udenfor hjemmet uden samtykke, når barnet eller den unge ikke lever under betryggende forhold og barnets eller den unges fortsatte ophold i hjemmet ikke kan accepteres af kommunen.

Efter nr. 2. kan risikoen for skade på barnets eller den unges udvikling og sundhed være vold mod barnet eller den unge, eller begrundet mistanke om seksuelt misbrug eller overgreb.

Efter nr. 3 er risikoen at barnet eller den unge har misbrugsproblemer, kriminel adfærd eller andre svære sociale vanskeligheder, som ikke kan løses ved den barnets eller den unges forbliven i hjemmet. Kommunen skal sørge for at barnet anbringes et passende sted.

Til § 11

Bestemmelsen fastsætter en egentlig pligt for kommunen til at gøre indehaveren af forældremyndigheden bekendt med retten til at udtale sig om sagen, forinden der træffes afgørelse. Det bemærkes herved, at kommunen skal være særlig opmærksom på denne pligt i de tilfælde, hvor forældrene ikke ønsker at gøre brug af tilbudet om bisidder. Forpligtelsen efter bestemmelsen fritager ikke kommunen for at foranstalte partshøring, jf. reglerne i sagsbehandlingslovens § 19.

Bestemmelsen er alene et pålæg til kommunen om at gøre parten bekendt med en enkelt af de rettigheder, der følger af sagsbehandlingsloven. Heraf følger endvidere retten til aktindsigt, som parterne i sagen har. Undtagelsesbestemmelserne i sagsbehandlingsloven vedrørende aktindsigt finder således tilsvarende anvendelse.

Bestemmelsen i stk. 2 sikrer, at den der drager omsorg for barnet uden at være part i sagen i henhold til sagsbehandlingsloven har krav på at blive hørt i sagen.

Bestemmelsen afskærer ikke kommunen fra at foretage anbringelse uden samtykke, hvis kommunen ikke modtager noget svar fra forældrene eller den, der faktisk udøver omsorgen for barnet eller den unge. Forældrene kan derfor ikke forhindre en anbringelse uden samtykke, ved at nægte at oplyse hvor de opholder sig, eller ved ikke at svare på anmodningen om at udtale sig.

Til § 12

Bestemmelsen skal sikre, at indehaveren af forældremyndigheden hurtigst muligt bliver gjort bekendt med, at der er truffet beslutning om anbringelse af barnet.

Ved beslutning om akutte anbringelser kan meddelelsen gives ved, at der på forældremyndighedsindehaverens bopæl afleveres en meddelelse om anbringelsen og hvor der kan rettes henvendelse for at få yderligere oplysninger eller for at få barnet hjemgivet. Afgørelsen skal være begrundet, og i disse situationer vil det oftest være en tilstrækkelig begrundelse, at barnet er fundet uden opsyn af en ansvarlig voksen person og at det derfor af hensyn til barnets trivsel og velfærd er fundet nødvendigt at fjerne det fra hjemmet.

Ved beslutning om anbringelse af længere varighed kan meddelelsen gives på samme måde, men der skal udførligt redegøres for beslutningsgrundlaget.

I begge situationer skal det oplyses, at beslutningen kan ankes til det sociale ankenævn.

Til § 13

Indberetningen sker i dag til Direktoratets regionalkontorer og det vil også være hertil, indberetningen skal gives fremover.

Til § 14

Kommunen skal i henhold til bekendtgørelse nr. 64 af 29. december 1994 om Døgninstitutioner mv. for børn og unge samt personer med vidtgående handicap, udarbejde handleplan, inden der træffes afgørelse om anbringelse uden for hjemmet. Dette sker i et vist omfang i dag, men erfaringerne vedrørende de børn og unge, som er anbragt uden for hjemmet i familiepleje eller på døgninstitution viser, at der ofte ingen handleplan er.

Ved akut-anbringelse som foretages i henhold til bestemmelsen i § 10, skal der udarbejdes en kortfattet angivelse af formålet med anbringelsen, uanset om barnet eventuelt hjemgives efter blot 3 dage. Hvor der foreligger gentagne akutanbringelser af et barn, vil det med en handleplan blive mere synligt, at der skal igangsættes hjælpeforanstaltninger for barnet / familien, således at det kan forebygges, at problemerne udvikler sig.

Ved udarbejdelse af handleplaner skal familien og barnet deltage i udformningen. Kommunen skal selvfølgelig med dens særlige kendskab til en sag vurdere hjælpeforanstaltninger og udarbejde en handleplan, og det er kommunens ansvar at der bliver udarbejdet en handleplan.

Hvis der er tale om en mindre foranstaltning af kortere varighed skal der kun udarbejdes handleplan, hvis forældrene eller barnet ønsker det.

Til § 15

Handleplanen er en rammeplan, inden for hvilken der kan laves behandlingsplan m.v.

Af handleplanen skal så vidt muligt fremgå den forventede varighed, så barnet og forældrene ved, om det drejer det sig om måneder eller år. Det skal videre fremgå, om det drejer det sig om almindelig anbringelse eller behandlingstiltag og om barnet eller den unge skal have særlig hjælp eller pleje.

Handleplanen bør være i en standardiseret skematisk form (gerne elektronisk), hvor de enkelte punkter om handlinger uddybes efter individuelt behov. Handleplanen skal udformes således, at den også vil kunne fungere som checkliste for sagsbehandleren. Der skal i de enkelte sager være et fast oplysningsskema med basisoplysninger, undersøgelsesfase og handleplan.

Handleplanen skal være en sikring for barnet af, at kommunen arbejder målrettet. Ved anførelsen af delmål er det hensigtsmæssigt, at disse er realistiske og målbare, således at der løbende vil kunne foretages vurderinger og revideringer i handleplanen.

Det er vigtigt, at handleplanen udarbejdes i samarbejde med familien og andre instanser, som har en samarbejdsrelation til barnet og barnets familie.

Der skal endvidere i handleplanen være et punkt om familiearbejde. Punktet skal udfyldes, både når der er et familiearbejde, og når der ikke er det. Ved anbringelse uden for hjemmet, skal handleplanen angive hvilke former for hjælpeforanstaltninger og støtte der skal iværksættes selvstændigt for familien inden hjemgivelsen af barnet.

Handleplanen skal bruges både i samarbejdet med familien og i samarbejdet med andre instanser, og den skal revideres løbende afhængig af forløbet i den enkelte sag.

For det tværfaglige samarbejde / sociale netværksarbejde i den enkelte sag kan handleplanen være et vigtigt arbejdsredskab.

Handleplanen forud for udskrivelse skal indeholde plan for, hvordan barnet eller den unge skal udskrives, og der skal tages stilling til efterværn. Det er socialforvaltningens opgave at udarbejde plan for efterværn sammen med alle involverede parter. Døgninstitution/plejefamilien eller andre som har med barnet at gøre bør indgå i arbejdet med efterværn. Der skal være afklaring af efterværnets formål og opgaver, der skal arbejdes med i forløbet. For at undgå misforståelser skal der foreligge klare aftaler om, hvem der gør hvad i forhold til opgaverne.

Ansvar for efterværnet kan varetages af en personlig rådgiver eller en støtteperson.

Kommunens årlige revidering af anbringelsessager skal sikre, at forholdene til stadighed er rimelige for hvert enkelt barn eller den unge.

Til § 16

En personlig rådgiver kan udpeges for børn og unge, der skønnes at have behov for vejledning og rådgivning vedrørende fx arbejde, uddannelse, fritid. En personlig rådgivers opgave er at vejlede og rådgive om en række praktiske forhold, der skønnes at kunne støtte barnet eller den unge i opvæksten og/eller med hensyn til de fremtidige leve- og arbejdsvilkår.

Hjælpen kræver i princippet ikke den unges samtykke, men beskikkelse af en personlig rådgiver for en ung, der udtrykkelig modsætter sig dette, vil dog som regel være formålsløs. Med den unges samtykke kan hjælpen opretholdes efter, at den unge er fyldt 18 år jf. § 27, stk. 2.

En personlig rådgiver kan være en skolelærer, en pædagog eller lignende, eller, en af barnet vellidt person, for eksempel en tidligere skolelærer eller tidligere kontaktperson fra en institution, eller det kan være et ressourcestærkt familiemedlem, som både barnet og kommunen kender og har tillid til.

En personlig rådgivers vigtigste opgave er at fremme barnets eller den unges muligheder for at komme videre med sig selv og sit liv som en hel person, der føler ligeværd med andre mennesker. Den personlige rådgiver kan også sammen med barnet eller den unge eller familien bygge et netværk omkring barnet eller den unge.

Personlige rådgiveres pligter og rettigheder fastsættes af Landsstyret i en bekendtgørelse og de findes i dag i Hjemmestyrets bekendtgørelse nr. 2 af 18. januar 1993.

Til 17

Ingen må modtage et barn i pleje medmindre kommunen skriftligt har givet tilladelse. Det gælder alle former for plejefamilier hvad enten denne er privat arrangeret eller formidlet af kommunen. Kommunen skal godkende plejeforældre, hvor ansøgers sociale forhold skal være undersøgt nøje.

Som noget nyt er der foreslået en bestemmelse om, at personer, der søger plejetilladelse, skal fremvise en udskrift fra Kriminalregistret.

Hvis det viser sig, at den der søger plejetilladelsen eller dennes ægtefælle/samlever ikke har en ren "straffeattest", skal kommunen foretage en individuel vurdering af, om der kan gives plejetilladelse. Hvis det af "straffeattesten" fremgår, at ansøgeren har udøvet vold mod personer eller fremsat trusler om vold mod personer, seksuelt misbrug el.lign. relevante forhold, bør der i almindelighed ikke gives plejetilladelse.

Er der derimod tale om andre forhold, som ikke gør vedkommende uegnet til at have med børn og unge at gøre, skal der udarbejdes et notat til sagen om de overvejelser, kommunen har gjort sig, inden der gives plejetilladelse.

Plejetilladelsen skal gives skriftligt for hvert barn. Kommunen skal sikre sig, at plejefamilien på betryggende vis kan varetage opgaven. Efter den gældende forordning må en familiepleje højst have tre børn eller unge i pleje. Denne bestemmelse foreslås ophævet, da det må afhænge af en konkret vurdering, men det skal naturligvis sikres, at der i hjemmet er plads til samtlige plejebørn, uden at det går ud over familiens egne børn og unge.

Plejetilladelsen tilbagekaldes øjeblikkelig, når forudsætningerne ikke længere er til stede, dvs. hvis barnet eller den unge lever under utilfredsstillende forhold hos plejefamilien.

Til § 18

Professionel familiepleje er et nyt tilbud, som ikke eksisterer på nuværende tidspunkt.

Professionel familiepleje er personer med særlige forudsætninger for at fungere som familiepleje, for eksempel har de en socialfaglig uddannelse eller har lignende erhvervsmæssig baggrund. Anbringelse hos en professionel familiepleje er for svært psykisk skadede børn og unge, stærkt omsorgssvigtede børn og unge, eller børn og unge med vidtgående fysisk eller psykisk handicap.

Den ene eller begge plejeforældre skal være til rådighed 24 timer i døgnet og har derfor ikke mulighed og bør derfor heller ikke have økonomisk behov for andet arbejde. En professionel familiepleje er egentlig en mini-institution, hvor der arbejdes efter pædagogiske retningslinier.

Kommunen kan give tilladelse til at, begge plejeforældre har erhvervsarbejde uden for hjemmet, fx nogle få timer dagligt eller pr uge, mens barnet eller den unge er i daginstitution eller i skole.

Det skal dog sikres, at der altid er en voksen i hjemmet, når barnet/den unge opholder sig der. For at kommunen kan tillade, at den ene eller begge plejeforældre har andet erhvervsarbejde, skal kommunen sikre sig at barnet eller den unge er i skole, er i en daginstitution eller anden form for beskæftigelse udenfor hjemmet.

Til § 19

Denne bestemmelse adskiller sig ikke væsentligt fra gældende bestemmelser. En almindelig familiepleje skal have ressourcer til at modtage et eller flere børn eller unge i hjemmet, og til at varetage opgaven.

Almindelig familiepleje kan være en mulighed både for børn og unge, hvis forældrene midlertidigt er fraværende fra hjemmet på grund af hospitalsindlæggelse og for børn og unge, som er omsorgssvigtede eller handicappede.

En anbringelse i en plejefamilie imødekommer en hensyntagen til, at barnet eller den unge kan blive i lokalsamfundet, hvis dette er bedst for barnet. Der er ikke noget til hinder for, at et barn anbringes i familiepleje hos biologisk familie, og denne familie vil i så fald på lige fod med andre plejefamilier være berettiget til at få vederlag.

Til § 20

Når en forældremyndighedsindehaver ikke selv magter at pleje og drage omsorg for sit barn, og hvor kommunen ikke foretager en anbringelse, kan forældremyndighedsindehaveren selv finde en privat familiepleje. Det er som regel én de kender i forvejen, som har ressourcer og overskud til at varetage omsorgen for barnet eller den unge.

Ved privat arrangeret anbringelse i familiepleje, skal forældremyndigheds indehaverne selv sørge for forsørgelsen af barnet eller den unge. Familieplejen kan i kraft af plejetilladelsen søge om børnebidragsordning gennem kredsretten. Typisk arrangeres forsørgelsen via en bidragsresolution efter gældende regler med normal underholdsbidrag for børn født uden for ægteskab eller hvor forældrene ikke bor sammen og den ene ægtefælle betaler børnebidrag til den anden. Det forudsætter, at barnet eller den unge ikke fuldt ud forsørges af det offentlige, eller at barnet ikke er anbragt i pleje med adoption for øje. Der er også en mulighed for, at forældrene sammen med private familieplejer selv arrangerer forsørgelsen af barnet.

Til § 21

De nye bestemmelser om og satser for plejeanbringelse hos professionel plejefamilie eller hos almindelig plejefamilier skal gøre det mere attraktivt at være plejefamilie.

Da langt de fleste anbringelser er af omsorgssvigtede børn og unge, er det først og fremmest vigtigt at opkvalificere plejefamilierne. Dette kræver at plejefamilierne sættes grundigt ind i arbejdsopgaven. Plejefamilien skal have et eksemplar af handleplanen for barnet og familien for at være orienteret om forholdene, og det der skal ske hos barnets biologiske familie. Plejefamilien skal medvirke til, at målene i handleplanen opfyldes, og de skal deltage i den løbende evaluering af handleplanen.

Der skal tilbydes introduktionsforløb og supervision mv. fra kommunen. Plejefamilierne har brug for et pædagogisk udviklingsarbejde, hvor de bliver stadigt dygtigere til at varetage omsorgsopgaven for et plejebarn.

Det er kommunen, der ansætter plejefamilierne både de almindelige plejefamilier og de professionelle. Det er ligeledes kommunen, der har ansvaret for, at de plejefamilier, der har potentiale til at blive professionelle plejefamilier, får tilbudt den fornødne opkvalificering, mens det er Direktoratets ansvar, at der findes relevante kurser for professionelle plejefamilier.

Bestemmelserne om professionelle familieplejere er nye, og der skal derfor fastsættes et vederlag for dette arbejde, som kan svare til en almindelig lønindtægt. Formålet er at den professionelle plejefamilie ikke skal have behov for at søge indtægt andre steder i erhvervet og i stedet for gå hjemme og være til rådighed for det omsorgssvigtede og belastede plejebarn.

Der er i stk.2 givet Landsstyret hjemmel til at fastsætte de nærmere bestemmelser om plejefamiliens ansættelsesvilkår. Denne bemyndigelse vil blive brugt til en bekendtgørelse, hvori der fastsættes generelle vilkår om hvilke krav der vil blive stillet til den enkelte plejefamilie.

Til § 22

Bestemmelsen opdeler ikke institutionerne i forskellige typer, og Landstyret kan derfor kombinere og udnytte institutionerne til børn og unge i forskellige aldersklasser og med forskellige behov for kontakt, behandling, beskæftigelse mv. På nuværende tidspunkt er der i alt 15 døgninstitutioner, som både tager imod børn, unge og handicappede.

Landsstyrets pædagogiske vejledning til døgninstitutionerne ydes gennem Direktoratets institutionskontor.

I dag findes der kun døgninstitutioner, der er oprettet og drevet af Grønlands Hjemmestyre. Bestemmelsen giver mulighed for på sigt at oprette kommunale institutioner, som kan ejes af en eller flere kommuner.

Til § 23

Bestemmelsen giver hjemmel til at fastsætte regler for oprettelse, indretning, ledelse, drift og optagelse. Denne bemyndigelse er udmøntet i Hjemmestyrets bekendtgørelse nr. 64 af 29 december 1994 om Døgninstitutioner mv. for børn og unge samt for personer med vidtgående handicap. Der er fastsat bestemmelser om, at en døgninstitution for børn og unge eller personer med vidtgående handicap skal indrettes og drives, så beboerne får en tilværelse, der ligger så nær det normale som muligt. Det pædagogiske arbejde i en døgninstitution skal tilrettelægges således, at der tages individuelle hensyn til beboernes alder og eventuelle handicap.

Til § 24

Kommunen skal i samarbejde med institutionen sikre, at barnet anbringes på den bedst egnede institution. Det vil sige, at kommunen skal sørge for at institutionens målsætninger og dens særlige opgaver er i overensstemmelse med barnets behov for tiltag.

Ved uenighed mellem anbringende kommune og institution, giver bestemmelsen mulighed for at forelægge spørgsmålet til Hjemmestyrets afgørelse. I praksis varetages denne opgave af direktoratets døgninstitutionskontor.

Til § 25

Bestemmelsen fastslår, at kommunerne betaler for en anbringelse uden for hjemmet på døgninstitution med et beløb pr. anbringelsesdøgn. Den aktuelle takst fremgår af cirkulære om gældende sociale kontantydelse.

Den fremtidige fastsættelse af taksten vil blive ud fra de udgifter, det rent faktisk medfører at drive institutioner.

Desuden kan der være engangsudgifter, ved indskrivningen på døgninstitutionen, til beklædning af barnet eller den unge. Den aktuelle takst for disse udgifter fremgår af cirkulære om gældende sociale kontantydelse.

Til § 26

Døgninstitutionerne skal afgive en årsberetning til Landsstyret og de nærmere regler herfor fastsættes af landsstyret. Årsberetningen er for første gang afgivet for 2001 og fremlagt på Landstingets Forårsmøde 2002. Formålet med årsberetningerne er at skabe et overblik over den aktuelle situation på døgninstitutionsområdet.

Til § 27

Kommunen skal i forhold til ophør af hjælpetiltag eller hjemgivelse tage højde for om målene handleplaner i henhold til §§ 14 – 15 er nået.

I den nuværende forordning er der mulighed for at hjælpen kan forlænges indtil det fyldte 20. år. Denne øvre aldersgrænse foreslås ophævet, da det må afhænge af en konkret vurdering, hvor længe hjælpen skal ydes, og det kan godt være udover det fyldte 20. år.

Kommunen skal i samarbejde med den unge sikre, at hjælpeforanstaltninger fortsætter udover det fyldte 18. år, indtil den unge ikke længere har brug for hjælp og dermed kan klare sig selv uden hjælp i henhold til denne forordning. Målene for den fortsatte indsats skal fremgå af en handleplan.

Til § 28

Bestemmelserne i stk. 1 og 2 skal sikre, at plejefamilien henholdsvis døgninstitutionen bliver hørt i sagen inden barnet hjemgives. Plejefamilien/døgninstitutionen er ikke part i sagen, så derfor er det nødvendigt med en udtrykkelig hjemmel for at sikre, at de bliver hørt.

Hvis plejefamilien bor i en anden kommune skal der tillige foretages høring i denne kommune, da de vil have tilsynet med plejefamilien og derfor vil kunne bidrage til sagens oplysning og eventuelt be-/afkræfte oplysninger fra plejefamilien.

I forbindelse med forarbejdet til dette forslag har der fra Landstingets side været et ønske om at give forstandere ankeadgang, så de kunne hindre hjemgivelse af et barn, hvis det var deres vurdering, at barnet eller familien ikke var parate til hjemgivelse.

Hensigtsmæssigheden af en sådan klageadgang har nøje været vurderet. Det kan bl.a. være et problem, at en sådan klageadgang skal have opsættende virkning, indtil sagen er afgjort af Det sociale Ankenævn.

Når denne afgørelse foreligger flere måneder senere, vil kommunen formentlig under alle omstændigheder være nødsaget til at foretage en ny vurdering af sagen og træffe en ny afgørelse. Hvis Det sociale Ankenævn giver kommunen medhold i, at barnet kunne være hjemgivet, vil der være mulighed for at kommunen kan vinde en erstatningssag mod forstanderen på grund af deres betaling i en længere periode, end det har været nødvendigt.

Ud fra ovenstående er der i stedet for ankeadgang til forstanderne indføjet en bestemmelse om, at kommunen skal forelægge sagen for et særligt sagkyndigt udvalg hvis institutionens indstilling er mod hjemgivelse, og kommunen fortsat ønsker hjemgivelse.

Til § 29

Med barnet i centrum skal der arbejdes ud fra barnets behov, og en eventuel beslutning om hjemgivelse, skal tages ud fra hvad der samlet set er bedst for barnet. Kommunen kan ikke foretage en hjemgivelse på grundlag af kommunens økonomi.

Til § 30

Bestemmelsen sikrer, at der sker indberetning om ophør af anbringelse uden for hjemmet. For så vidt angår udskrivning fra døgninstitutionerne har Hjemmestyret allerede denne oplysning, da institutionerne drives af Hjemmestyret.

Til § 31

Hvis barnet har behov for midlertidig anbringelse på grund af lettere omsorgssvigt, kan kommunen beslutte at anbringe barnet eller den unge i almindelig familiepleje. Hvis barnet har særlige behov på grund af mere omfattende omsorgssvigt og har behov for rolige omgivelser med tilknytning til få mennesker kan kommunen beslutte at anbringelse barnet eller den unge i professionel familiepleje. Hvis barnet eller den unge er alvorlig omsorgssvigtet og har behov for behandling kan kommunen beslutte at anbringe barnet eller den unge på døgninstitution.

Når alle muligheder for anbringelse i Grønland er udtømt, kan Landstyret beslutte godkendelse af anbringelse uden for Grønland. Det vil i praksis sige i Danmark. Hjemmestyrets Danmarkskontor arbejder blandt andet med råd og vejledning i sagens forløb og bistår ved anbringelser.

Til § 32

Den løbende kontakt med anbringelsesstedet skal sikre, at anbringelsen uden for hjemmet hele tiden er optimal og i størst muligt omfang tilgodeser barnets eller den unges behov.

En del af målet med anbringelsen er, at barnet på et eller andet tidspunkt skal hjemgives, dog ikke så længe hensynet til barnets eller den unges velfærd taler imod det. For at sikre barnets interesser, kan man eventuelt bruge gradvis hjemgivelse, dvs. en gradvist udbygget og styret kontakt mellem barn og forældre. Det vil sikre at barnets eller den unges tilbagevenden til forældrene sker på en tryk og velovervejet måde.

Til § 33

Kommunen skal sørge for, i samarbejde med anbringelsesstedet, at barnets forbindelse med forældrene bevares. Kommunen skal sikre og sørge for barnets mulighed for tilbagevenden til hjemmet. Kommunen skal dels varetage barnets rettigheder i forholdet til at kende sine foræl-

dre, eller beskytte barnet mod forældrene, hvis kontakten til forældrene kan skade barnets videre udvikling og sundhed.

Til § 34

Som alternativ til Landstingets vedtagelse om at forstandere på døgninstitutioner skal have mulighed for klage ved beslutninger om hjemgivelser, foreslås der nedsat et børnesagkyndig udvalg.

Rekrutteringen til udvalget vil ske blandt de nævnte faggrupper af personer, som via deres arbejde er beskæftiget med børn og unge, f.eks. vil den børnesagkyndige jurist typisk kunne rekrutteres hos Rigsombudsmanden.

Forslaget betyder, at udvalget har vetoret i sager, hvor der uenighed mellem en kommune og en institution om hjemgivelse af et barn, jf. § 29, stk. 3. Det videre forløb i sagen vil typisk være at sagen tages op igen efter ½ til 1 helt år, og at der i denne periode fra kommunens side gøres forskellige tiltag for, at barnet kan hjemtages. Med denne bestemmelse antages det, at Landstingets ønske om, at det skal være muligt at hindre en hjemgivelse er imødekommet.

Det foreslås at udvalget vælges for en 4 årig periode. Hvis et medlem udtræder, udpeges der et nyt medlem fra Landsstyret for resten af valgperioden. Valgperioden starter ved udvalgets første valg af medlemmer efter at denne forordning træder i kraft. Landsstyret/Familiedirektoratet skal være sekretær for udvalget.

Til § 35

Bestemmelsen giver mulighed for at oprette kommunale væresteder eller prøve andre tiltag som skønnes egnet til at hjælpe barnet, den unge og eller familien.

Ved oprettelse af tiltag skal kommunen fremsende en ansøgning til Landsstyret om godkendelse.

Ansøgningen bør indeholde:

- Forsøgets titel og kontaktperson
- Beskrivelse af formål, baggrund, metode og omfang
- Evt. Tidsplan
- Ledelsesforhold
- Evt. budget og finansiering
- Evt. økonomiske konsekvenser
- Tilsyn med forsøget

Formålet med at Landsstyret skal godkende tiltagene er, at det er hensigtsmæssigt at få et overblik over de nye tiltag, som vil komme, samt at de kommuner, der vælger at oprette en kommunal døgninstitution, også vil være omfattet af den tilsynsforpligtelse, som Landsstyret har.

Til § 36

Eksempler på anerkendte foreninger er Foreningen Grønlandske Børn, Røde Kors og Red Barnet. Foreningen Grønlandske Børn har i samarbejde med en kommune oprettet et værested for børn og unge, hvor de kan søge ly for natten og sove i værestedet med opsyn af en voksen, når det ikke kan lade sig gøre for dem at komme hjem om natten af en eller anden årsag.

Til § 37

Udgifterne til hjælp i henhold til forordningen afholdes af kommunerne. Kommunerne bliver økonomisk kompenseret for deres udgifter gennem Landskassens bloktilskud.

Muligheden for at Grønlands Landsting kan yde tilskud til opførelse og drift af institutioner bevares uændret i forhold til den gældende forordning.

Til § 38

For børn og unge under 18 år, der har ophold uden for hjemmet i et anbringelsessted for børn og unge, har forældrene pligt til at bidrage til udgifterne for opholdet i forhold til indkomstgrundlaget, dog mindst et beløb der svarer til normalbidraget.

Bestemmelsen giver hjemmel til at fastsætte nærmere regler for forældrebetalingens størrelse, denne bemyndigelse er på nuværende tidspunkt udmøntet i §§ 17 – 20 i Hjemmestyrets bekendtgørelse nr. 2 af 18 januar 1993 om hjælp til børn og unge.

Når indkomsten svarer til gennemsnitslønnen for en ufaglært SIK-arbejder, fastsættes betalingen til mindstebeløbet, svarende til det til enhver tid gældende normalbidrag. Ved højere indtægt betales et større beløb.

Kommunen kan fritage den ene eller begge forældre for betaling, såfremt betalingsforpligtelsen betyder, at pågældende efter en konkret vurdering vil få vanskeligheder ved at sikre sig og sin familie det nødvendige til opretholdelse af et rimeligt leveniveau. Det skal understreges, at der naturligvis ikke er hjemmel til at pålægge forældre til unge over 18 år at betale udgifter forbundet med den unges ophold uden for hjemmet.

Gældende bestemmelse § 45 i Landstingsforordning nr. 9 af 30. oktober 1992 om hjælp til børn og unge, om barnets eller den unges forpligtelse til at yde hel eller delvis betaling af de

udgifter der er forbundet med anbringelsen er fjernet. Det er sket under henvisning til, at en betalingsforpligtelse for barnet eller den unge kan medvirke til, at barnet eller den unge ikke ønsker at arbejde i sin fritid.

Til § 39

Bestemmelsen er en videreførelse af den gældende forordnings § 49 med den ændring, at det er præciseret, hvilke afgørelser der kan ankes til Det Sociale Ankenævn. Dette er sket for at begrænse antallet af sager, der indbringes for ankenævnet, til de sager, hvor kommunen har foretaget en skønsmæssig vurdering.

Til § 40

Udover at bestemmelsen præciserer, at Kriminalloven også finder anvendelse på overtrædelse af Forordningens bestemmelser, medfører bestemmelsen at Kriminalloven også finder anvendelse ved overtrædelse begået af personer, hvis hverv hviler på valg.

Til § 41

Ikrafttrædelsestidspunktet er fastsat til den 1. juli 2003, således at der er tid til at implementere forordningsforslaget, efter det er vedtaget.

Der forventes udarbejdet bekendtgørelse i medfør af denne forordning inden den 1. juli 2003.

Bilag 11

Risikovurdering og ressourceidentifikation i graviditeten:

Mål: At matche den enkelte kvindes behov til et passende fødested, samt at forbedre visitationssystemet således at kun forventede normale fødsler finder sted på distriktssygehusene

Det er vigtigt at man under risikovurdering skelner mellem faktorer, der giver anledning til skærpet opmærksomhed og egentlige faresignaler, samt at der foretages en afballancering med identifikation af ressourcer hos såvel den gravide/ fødende som den rådige professionelle kompetance.

Mange risikofaktorer kan imødegås med ekstra omsorg og øget oplysning og vejledning til den gravide omkring potentielle og eksisterende problemer. behandling tidligst muligt.

Disse overvejelser skal under hensyntagen til specielle grønlandske forhold, som eksempelvis de store vanskeligheder ved akut viderevisitering, ved enhver kontakt med den gravide, give anledning til genovervejelse af lagte planer, og om fornødent specialist konsultation.

Særligt belastede graviditeter:

En graviditet indebærer fysiologiske, psykologiske og sociale forandringer for enhver kvinde.

Den enkelte kvinde vil afhængigt af hendes ressourcer, livsstil og de sociale omstændigheder i større eller mindre grad opfatte forandringerne som glædelige og spændende udfordringer eller som belastninger.

I det følgende gennemgås forskellige alment forekommende belastninger, forstået som ikke - medicinske forhold, der i forbindelse med graviditet og fødsel kan være særligt betydningsfulde. Da levevilkår afhængigt af den gravides øvrige situation kan virke enten som belastninger eller som ressourcer kan det være formålstjenligt med en opdeling:

- Livsstil som belastning (stress, tobaksrygning, alkohol, medicin - og andet misbrug).
- Levevilkår som belastning (uddannelse, erhverv, parforhold, alder, paritet).
- Psykosociale belastninger (vold i opvækst-/opholdsmiljøet, umodenhed/psykosocial uformuenhed og psykisk sygdom/labilitet herunder fødselsdepression).
- LIVSSTIL

Livsstil er et begreb, der beskriver den måde, som enkeltpersoner har valgt at leve på. Visse livsstilsfaktorer er helbredsskadelige og kan under graviditeten også være skadelige for det ventede barn. Det er en stor opgave for jordemoderen at informere og motivere kvinden til at yde den personlige indsats, der er nødvendig og at tilrettelægge svangreomsorgen i forhold til de vurderede behov.

Stress: Stressfaktorer kan kun identificeres som individuelt opfattede belastninger idet eksempelvis:
Det arbejde, der for den ene opfattes som en byrde, af en anden opleves som en berigelse.
Det at have to børnehavebørn i forvejen opfattes af den ene som en belastning, mens en anden gravid opfatter det som en ressource.
Undersøgelse og kontrol for forhøjet blodtryk føles for den ene gravide som en beroligelse, mens en anden kan føle sig utryk og skræmt.

Tobak: De skadelige virkninger af tobaksrygning under graviditet er veldokumenterede og velkendte, hvorfor gravide rygere i mange tilfælde er høj-motiverede for rygeophør, specielt i første trimester.
Der bør afsættes ressourcer til en forstærket indsats overfor gravide rygere og deres partnere i form af stop-kurser og nikotinsubstitutter (tyggummi eller plastre), samt en fortsat oplysning om tobakkens skadevirkninger.

Alkohol: Skader som følge af alkoholindtagelse i graviditeten strækker sig over et bredt spektrum fra væksthæmning og indlæringsvanskeligheder til omfattende skader og handicaps.
Føtal alkohol syndrom (FAS) består af følgende komponenter: Væksthæmning, mental retardering, misdannelser som hjertefejl, skelet- og ansigtsabnormiteter samt urogenitale misdannelser.
Der er endvidere beskrevet graviditetskomplikationer, som man mener kan tilskrives alkoholindtagelse. Det drejer sig om spontan abort, for tidlig fødsel og løsning af moderkagen.
Der bør ydes en målrettet indsats for at opspore og intervenere overfor gravide med et alkoholproblem, ofte er det formålstjenligt at inddrage den sociale forvaltning, da opfølgende foranstaltninger er påkrævet.

Misbrug: Misbrugere har en forøget risiko for sen abort, for tidlig fødsel, fosterskader, fosterdød, samt øget risiko for spædbarnsdød og alvorlige omsorgssvigt.

- Levevilkår

Levevilkår er genstand for individuel bedømmelse hos forskellige kvinder - for nogle en ressource - for andre en belastning.

Uddannelse: Epidemiologiske undersøgelser viser, at den gravide kvindes uddannelsesstatus spiller en rolle for graviditetens forløb. Der er flere perinatale dødsfald og en forhøjet risiko for at føde et lavvægtigt barn hos kvinder med ringe skoleuddannelse ligesom den samme gruppe i ringere grad benytter de eksisterende tilbud om forebyggende helbredsundersøgelser.

Erhverv: En række forhold i arbejdsmiljøet kan påvirke graviditeten negativt. Det bør afklares om den gravide udsættes for toksiske (teratogene) påvirkninger, stråling, øget smitterisiko eller tunge løft.

Parforhold:

Det er vigtigt, at den gravide får lejlighed til at drøfte de eventuelle ændringer i parforholdet, der for mange opleves som belastende.

Alder: Jordemødrene bør have en skærpet opmærksomhed på de helt unge kvinder, som bør tilbydes specielle oplysende og sundhedsfremmende tiltag samt støtte til at opbygge deres sociale netværk. Kvinder der er fyldt 35 på konceptionstidspunktet skal tilbydes genetisk rådgivning og fosterdiagnostik.

Paritet:

Førstegangsfødende har en øget risiko for intrauterin væksthæmning og for at føde for tidligt, ligesom nogle undersøgelser viser øget hyppighed af komplikationer.

- **Psykosociale belastninger**

Voldelig opvækst-/opholdmiljø:

Der mangler viden om, hvilken betydning det har for graviditet og fødsel, at kvinden er opvokset i et voldeligt miljø.

Der findes mange typer voldsmiljøer, og slag og spark i maven vil altid være en risiko under graviditet.

Parforholdet er det mest udbredte voldsmiljø, men det er samtidig det mest skjulte. Det findes i alle sociale klasser. Den voldsramte kvinde skammer sig generelt over volden og forsøger at skjule den for sig selv og andre.

Bliver jordemoderen opmærksom på eventuel vold i parforholdet bør der ydes den nødvendige psykosociale støtte.

Psykisk sygdom og psykosocial uformuenhed:

Kvinder med psykiske handicaps/belastninger kan have betydelige problemer med at gennemføre graviditeten og ikke mindst varetage det efterfølgende moderskab.

Det drejer sig ikke så meget om truede graviditeter som om truede moderskaber.

Medicin anvendt til patienter med psykiatrisk lidelse kan have negativ indflydelse på fostret og man bør prækonceptionelt eller tidligst muligt i graviditeten tage stilling hertil.

Svangreomsorgen skal tilrettelægges med henblik på at sikre den fornødne kontrol og støtte til familien samt en skærpet opmærksomhed på fostervæksten.

Amningen må på grund af moderens medicinering ofte opgives.

Fødselsdepression:

Fødselsdepression og psykisk labilitet efter fødslen er ikke ualmindeligt. Det er vigtigt, at jordemoderen øger sin opmærksomhed på eventuel udvikling af depression med henblik på at sikre relevant støtte og

Bilag 12

2003-2005

Bilag12

NAVN	ÅRET	Baggrund	Graviditet/Fødsel	Efter forløb
18 år 1. para	2003	18 årige kvinde som er uden bolig. Både kvinden og hendes samlever virker umoden og skændes ofte. Kvinden har været indlagt i graviditeten og under dette ophold har der været flere episoder af håndgemæng og skænderi.	Der er indkaldt til møde hvor sagsbehandleren, barselsafdelingen, og fødeafdelingen deltager. Der laves en handleplan for parret. Der holdes kun ét møde og opløses derefter. På trods af gentagne kontakt til Nuuk Kommune kommer den ikke i gang igen. Sundhedsplejerskerne har ikke deltaget i samarbejdet.	
NAVN	ÅRET	Baggrund	Graviditet/Fødsel	Efter forløb
20 år gammel 1 para	16/01-2003 08/08-2003	Evnesvag kvinde på 20 år. Kvinden vil ikke have foretaget AB pro. Der skønnes fra socialvæsnet at kvinde ikke kan varetage barnets tarv og at det skal tvangsfjernes ved fødslen	Opstartet samarbejde med TFT. Plejeforældre til barnet bliver ikke bevilget af socialudvalget i tidsnok. På grund af manglende bevilling får barnet lov til at være hos kvinde den først døgn. Derefter kommer der en repræsentant fra socialforvaltning og tvangsfjerner barnet på barselsafdelingen. Mater tages ikke hensyn til under fjernelse af det nyfødte. Sundhedsplejerskerne har deltaget en enkel gang. Har ikke kommet med til de øvrige aftalte møder.	

2003-2005

Bilag12

NAVN	ÅRET	Baggrund	Graviditet/Fødsel	Efter forløb
28 år 3. para	2004	Kvinden ved sin henvendelse til fødeafdelingen informerer at hun ønsker at bortadoptere sit barn. Kvinden er også interesseret i at få sine to ældre børn hjemtaget fra henholdsvis plejefamilie og børnehjem.	Opstartet samarbejde med TFT. Der laves handleplan for bortadoptionen, for fødslen og deltagelse af Kvindens datter i undersøgelser. Disse dokumenteres. Under fødslen bliver handleplanen ikke overholdt og datteren som er seksuel misbrugt, er tilstede. Sundhedsplejerskerne har deltaget en enkel gang. Har ikke kommet med til de øvrige aftalte møder.	
NAVN	ÅRET	Baggrund	Graviditet/Fødsel	Efter forløb
24 år 3. para	2004	Tilbudt tværfagligt team på grund af hash misbrug. Kvinden har 2 børn fra et tidligere forhold. Børnene bor hos faderen. Kvinden har været tilknyttet Familie ambulatoriet i Danmark på grund af hendes misbrug og har ikke været samarbejdsvillig. Initialt heller ikke interesseret i denne graviditet, tog dog imod tilbudet.. Indkaldt sammen med sundheds-plejerske samt socialvæsnet til tværfaglige møder	Indberettet til socialvæsnet i december 2004. Det har ikke været muligt at få samarbejdet opstartet med Social væsnet omkring denne gravid. Sundhedsplejerskerne har ikke deltaget i samarbejdet.	

2003-2005

Bilag12

NAVN	ÅRET	Baggrund	Graviditet/Fødsel	Efter forløb
15 årige 1. para	24/12-2004	Kvinden er blevet gravid efter eget ønske og har holdt graviditeten hemmeligt indtil hun var sikker på at være forlangt til at der foretages abort. Familien ønsker støtte under graviditeten og vil gerne indgå i et tværfagligt samarbejde.	Opstartet samarbejde med TFT. Der laves en handleplan for kvinden og der afholdes flere møder i gruppen. Sundhedsplejerskerne har deltaget i en enkelt møde. Sundhedsplejersken har forsøgt at afholde hjemmebesøg flere gange hvor kvinden ikke var hjemme som aftalt på forhånd.	
NAVN	ÅRET	Baggrund	Graviditet/Fødsel	Efter forløb
23 årige 2. para	2005	Henvender sig på grund af at hun får tæv af sin mand i graviditeten. Hun er flere gange i graviditeten flygtet og boede på krise center og hos sin fader. På grund af bruger betaling på krise center har hun ikke kunne forblive der.	Opstartet samarbejde med TFT. Sagsbehandler finder en bolig til kvinden midlertidigt. Kvinder føder før overtagelse af lejligheden bliver en realitet.	

2003-2005

Bilag12

NAVN	ÅRET	Baggrund	Graviditet/Fødsel	Efter forløb
30 årige 3 para	11/2-2005 1/6-2005	Tilbudt tværfagligt team på grund af hash misbrug. Initialt ikke interesseret, tog dog imod tilbudet.. Indkaldt sammen med sundhedsplejerske samt socialvæsnet til tværfaglige møder.	Opstartet samarbejde med TFT. På grund af personale mangel blev det ikke ansøgt eller fundet støtteperson før fødslen af hendes tvillinger. Urinprøver hver anden uge i graviditet hos jordemoderen. Sundhedsplejerskerne har deltaget en enkel gang. Har ikke kommet med til de øvrige aftalte møder	Under indlæggelse fik kvinden besøg af jordemoderen på barselsafdelingen. Der fandtes ingen besøg af sundhedsplejersken under opholdet på barselsafdelingen. Det var ikke etableret at hjælpe foranstaltninger for familien ved udskrivelsen fra afdelingen. Der blev lavet akut løsning omkring støtteperson og hjælpeforanstaltninger.
NAVN	ÅRET	Baggrund	Graviditet/Fødsel	Efter forløb
20 år gammel 1 para	februar 2005	Har en hash misbrug. Har skrevet under på TFT samtykke erklæring. Har rejst frem og tilbage mellem forskellige byer og derfor har det været svært at fastholde.	Det har ikke været muligt at få samarbejdet opstartet med Social væsnet omkring denne gravid.	
NAVN	ÅRET	Baggrund	Graviditet/Fødsel	Efter forløb
18 årige 1. para	2005	Kvinden er en 18 årige førstegangsfødende som bor sammen med sin moder og fader. Hun skal være alene med sit barn og vil gerne deltage i et tværfagligt samarbejde	Der er indkaldt til møde hvor sagsbehandleren, barselsafdelingen, og fødeafdelingen deltager. Kvinden glemmer møderne to gange. Samarbejdet afsluttes.	

2003-2005

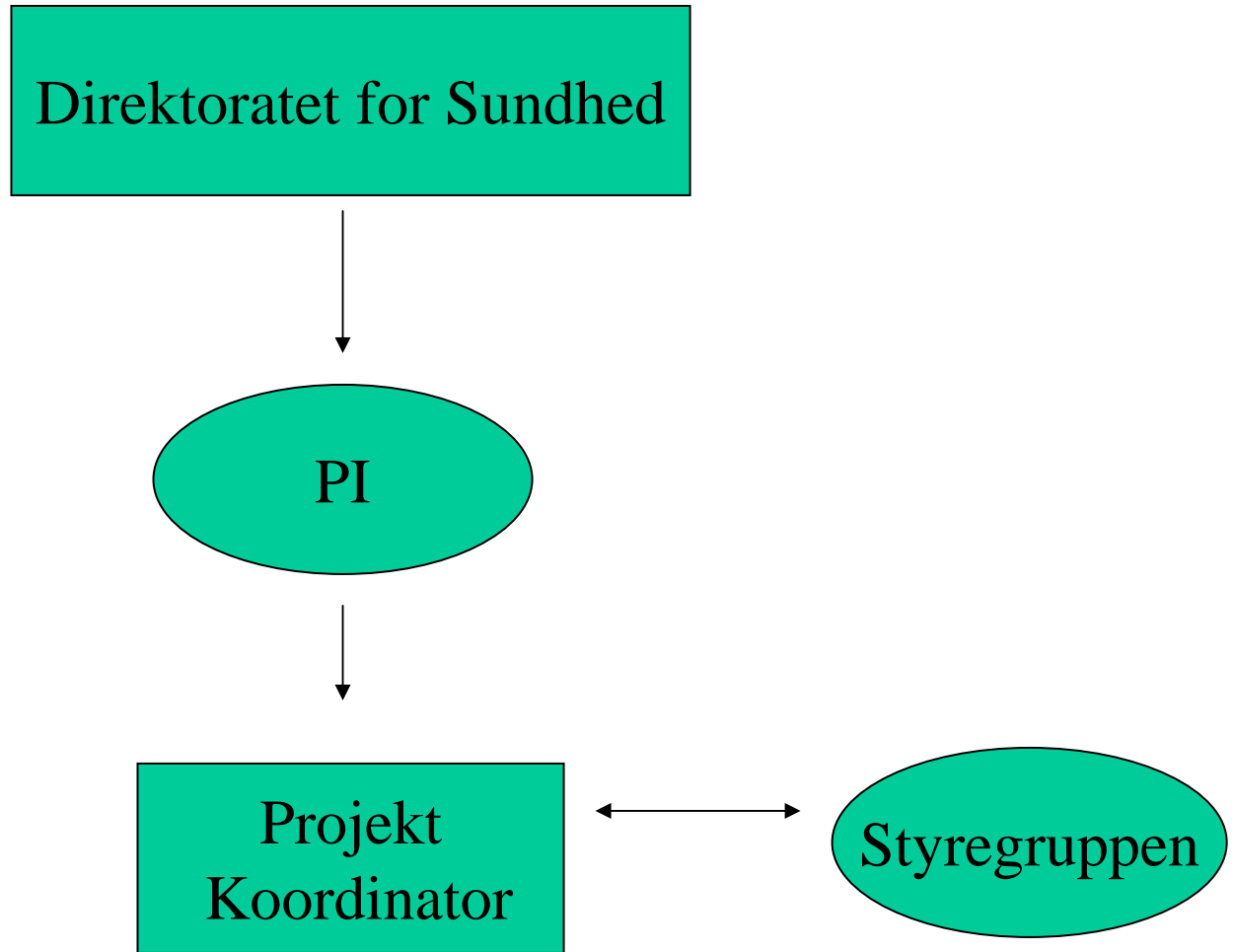
Bilag12

NAVN	ÅRET	Baggrund	Graviditet/Fødsel	Efter forløb
22 år gammel 3. para	2001 2003 2005	Kvinden er gravid med sit 3. barn. Kvinden passer selv sine børn men har en far og en stedmor som er stærk alkoholiseret og bor hos hende	Indtil for nylig har der været samarbejde mellem Socialvæsnet og Sygehusvæsnet. Sundhedsplejerskerne har deltaget en enkel gang. Har ikke kommet med til de øvrige aftalte møder.	
23 år 3. para	2002 21/12-2004 2005	Begge børn blev anbragt udenfor hjemmet i sommeren 2004. Kvinden har deltaget i TFT projektet før og kender projektet og Kvinden er interesseret i at opstarte et samarbejde med gruppe med hensyn til at beholde sit ufødte barn.	Opstartet samarbejde med TFT. Urinprøver hver uge i graviditet hos jordemoderen. Møderne afholdt og handleplanerne fulgt. Sundhedsplejerskerne har deltaget en enkel gang. Har ikke kommet med til de øvrige aftalte møder	Kvinden har plads på Røde Kors Familie Afdelingen. Hun afleverer urinprøver for undersøgelse af cannabioler ugentligt.
21 år gammel 1. para	Maj 2005	Barnefaderen er psykisk syg samt har en hash misbrug. Kvinden har mange resurser, men har brug for hjælp med hensyn til sin mands specielle situation.	Det har ikke været muligt at få samarbejdet opstartet med Social væsnet omkring denne gravid.	
17 år gammel 1. para	maj 2005	Opdaget at hun var gravid i uge 26. Har ikke kontakt til barnefar. Er gymnasiet studerende uden større socialt netværk. Henriettes moder har begået selvmord i 2000.	Der er opstartet samarbejde med Social væsnet omkring denne gravid. Både med hensyn til sundhedsplejerske besøg og hjælp til uddannelse og institutionsplads.	

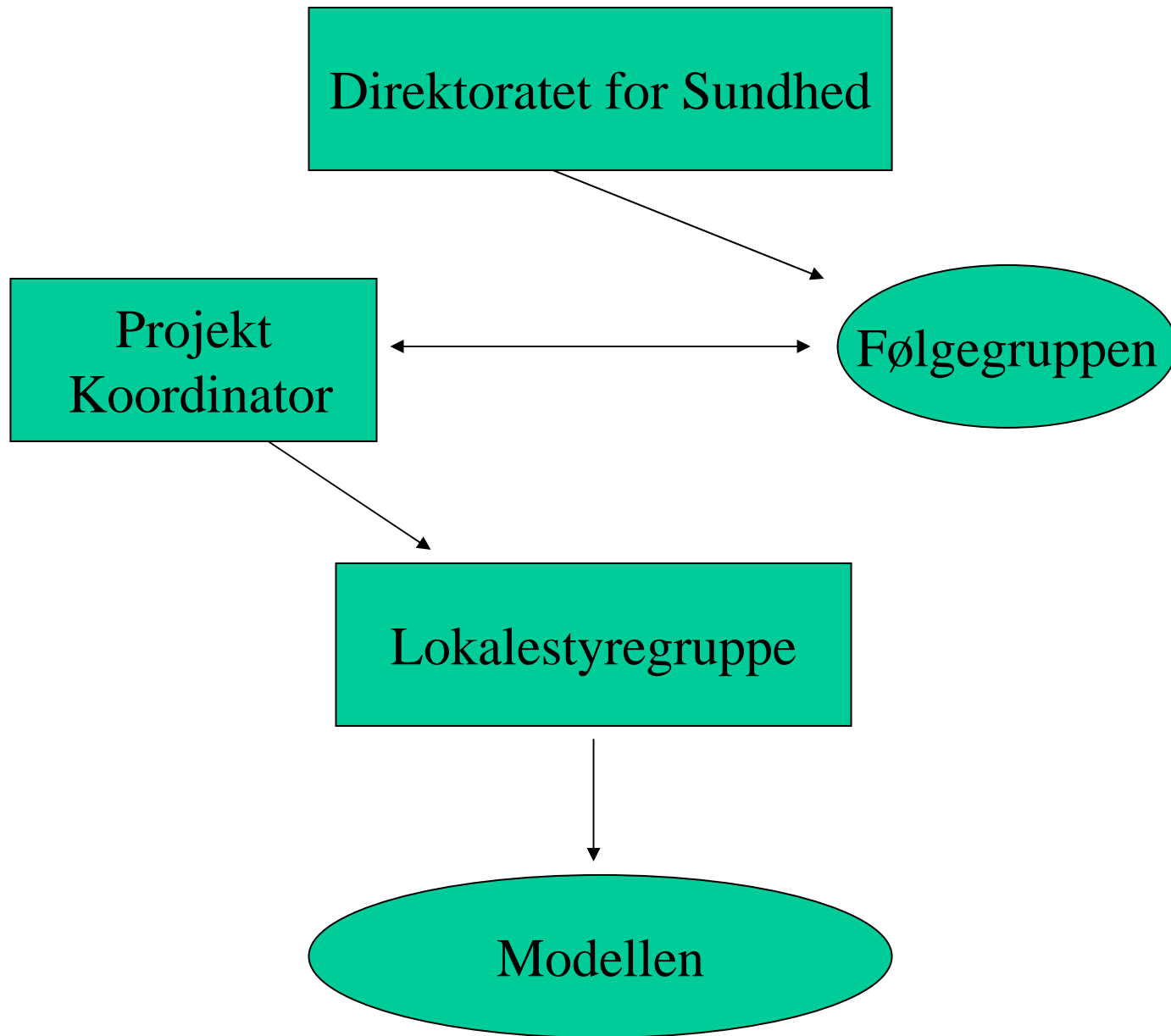
2003-2005**Bilag12**

29 år gammel 1 para	2006	Opdaget hun var gravid i uge 16. Barnefar er voldelig overfor Kvinden og derfor har hun afbrudt forbindelse med ham. Kvinden bor i en lejlighed sammen med sin mor og far, som begge har massive alkohol misbrug. Kvinden er interesseret i at skabe et trygt og opfostrende miljø for sit barn.		
--------------------------------	-------------	---	--	--

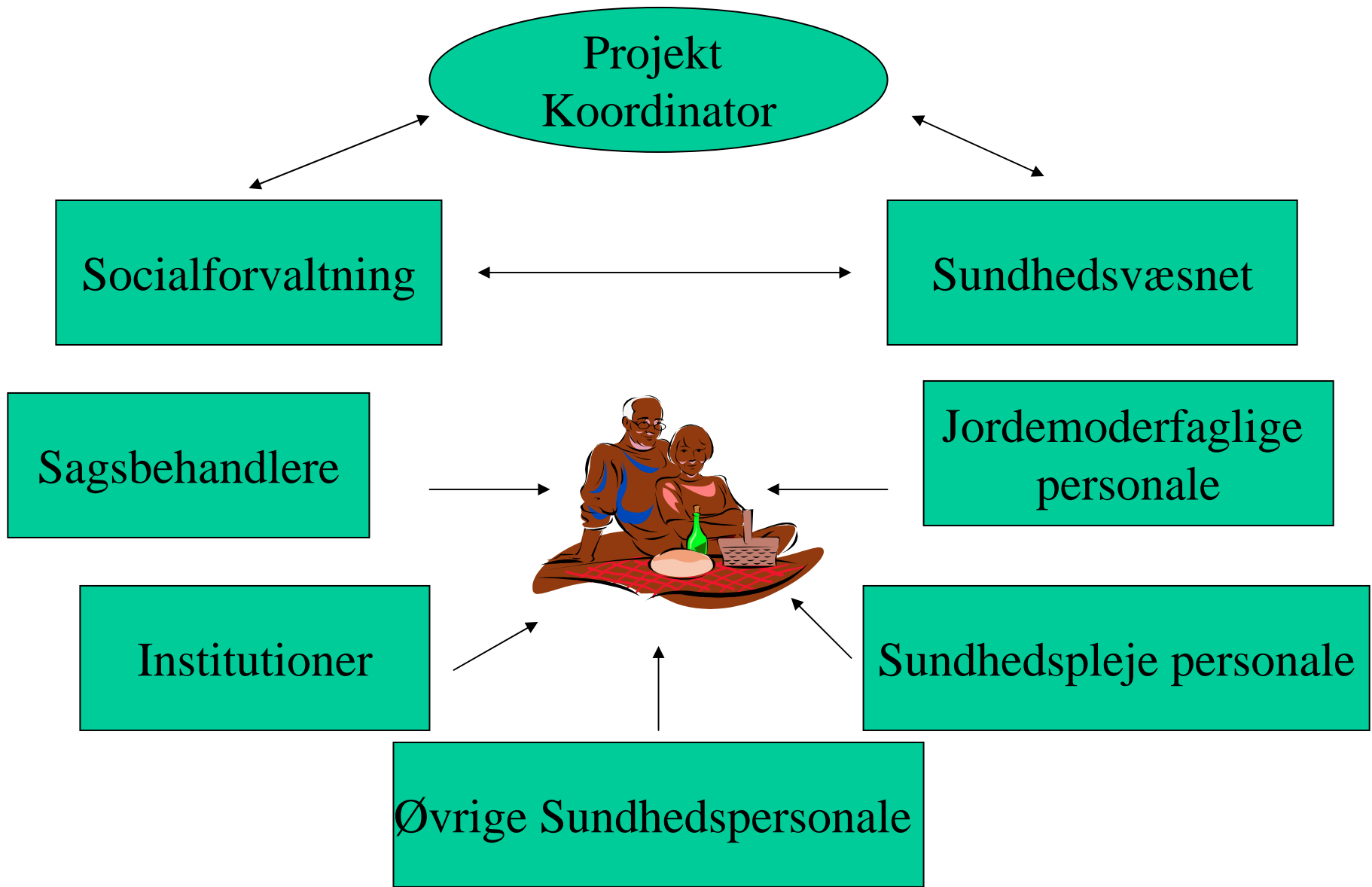
Bilag 13



Organisations plan for Kommissoriet



Organisations plan for Modellen



Organisations plan for Samarbejdet
"Svøb"

Bilag 14

Netværkspersoner: Personer i familiens omgangskreds som kan være til støtte til dem. Forældre, søskende og nære venner/ og eller slægtninge.

Anamnese: Sygehistorie

Social anamnese: Information om kvindens levevis.

Kulturelle relevante: Indsats/initiativer som tager familiens kulturelle baggrund med i betragtning.

Tidlig indsats: "Tidlig indsats" som begreb kan forstås både som tidlig i forhold til barnets alder (børn under 2 år) og tidlig i forhold til problemets opståen (indsats i tide).

Tilknytning: Teori om børns evner til at tilknytte sig andre personer og derved udvikle sig fysisk, psykisk, socialt og åndeligt.

Bekymrings sager: Bekymring er lig med særlig opmærksomhed f.eks. til familier, der allerede har børn og skal have et nyt barn og hvor myndighederne i forhold til de øvrige børn i tidens løb måske allerede har været involveret. De forældre, som befinder sig i en social udsat position har ofte haft berøring med systemet og har en vagtsomhed overfor systemet, hvor de samtidig kan gå med en frygt for, at de fratages barnet eller bliver bedømt uegnet som forældre. Bekymringen/den særlige opmærksomhed må derfor ske nænsomt og med respekt for den gravide familie, der hænger sammen med omsorg og gerne skabe en åbning for en positiv dialog, hvis det senere skulle vise sig nødvendigt med en indsats: Opnå medspil i stedet for modspil og huske på vigtigheden af, at forældre mødes uden fordømmelse og at forældre er meget sårbare overfor at blive bedømt på deres evner som forældre.