

## SOCIALMINISTERIET

Folketingets Sundhedsudvalg

### Departementet

Holmens Kanal 22  
1060 København K

Tlf. 3392 9300  
Fax. 3393 2518  
E-mail sm@sm.dk

Dato: 27. september 2006

APO/ J.nr. 2006-347

**Under henvisning til Folketingets Sundhedsudvalgs brev af 8. september 2006 følger hermed – i 5 eksemplarer – socialministerens svar på spørgsmål nr. 547 - 556 (SUU alm. del).**

---

### Spørgsmål nr. 547:

”Ministeren bedes redegøre for indholdet af og erfaringerne med de svenske henholdsvis norske regler for tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling af gravide stofmisbrugere, herunder bedes oplyst i hvor stort omfang disse regler anvendes, hvor stor en andel af de gravide, det lykkes at få ud af deres misbrug under graviditeten, betydningen heraf for fosterets/barnets sundhedsmæssige tilstand samt tilbagefaldsprocenten efter barnets fødsel.”

### Svar:

Jeg har bedt Indenrigs- og Sundhedsministeriet om bidrag til brug for besvarelsen af den del af spørgsmålene 547-556, der vedrører tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling af gravide alkoholmisbrugere. Jeg har fået oplyst fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at Sundhedsstyrelsen er i gang med at indhente oplysninger om de seneste erfaringer fra Norge og Sverige. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har samtidig tilkendegivet, at man ikke er i stand til at besvare spørgsmålene fyldestgørende inden for den angivne tidsfrist. Så snart Indenrigs- og Sundhedsministeriet har modtaget en udtalelse om sagen fra Sundhedsstyrelsen, vil Indenrigs- og Sundhedsministeriet besvare den del af spørgsmålene, der vedrører gravide alkoholmisbrugere.

Når svar foreligger, vil det blive sendt til Sundhedsudvalget.

Socialministeriet har tidligere i anden anledning indhentet udtalelser fra Sverige og Norge om disse landes indsats over for gravide stofmisbrugere.

Det norske Helse- og Omsorgsdepartement har i breve af 29. juni 2004 og 12. februar 2006 redegjort for lovgivning og erfaringer. Den norske indsats

over for gravide rusmiddelbrugere (både alkohol- og stofmisbrugere) bygger i første række på frivillighed. Sociallovgivningen pålægger kommunerne at bistå rusmiddelbrugere med vejledning, ydelser og tilbud om behandling i eller udenfor institution.

Siden 1. januar 1996 har der været hjemmel til at træffe beslutning om, at en gravid rusmiddelbruger kan placeres i institution uden eget samtykke og tilbageholdes i hele svangerskabet, såfremt der er tale om et misbrug af en sådan karakter, at det er overvejende sandsynligt, at barnet fødes med skade, og såfremt frivillige hjælpertilbud ikke er tilstrækkelige.

Brugen af tvang begrænser sig til tvangsmæssig tilbageholdelse i institution. Der er ikke hjemmel til at bruge tvang som led i behandlingen eller at udføre behandling under tvang. Formålet er primært at hindre eller begrænse sandsynligheden for, at barnet påføres skader som følge af moderens misbrug. Der findes særlige regler for beslutningen.

Der foreligger ingen evalueringer om indsatsen på området. Norge mangler data om forekomsten af rusmiddelrelaterede skader hos fosteret. Der er heller ingen brugerundersøgelser om tvangsreglerne.

Der træffes få beslutninger, og der er ikke lavet undersøgelser, der belyser årsagen hertil. I 1997 var der 10 beslutninger. Fra 1997 til 2004 har der været henholdsvis 17, 24, 10, 13, 34, 12 og 28 beslutninger.

Beslutningerne træffes ofte sent i svangerskabet. Da tvang først er aktuel, når frivillig behandling ikke er tilstrækkeligt, og svangerskab ofte motiverer til at forsøge frivillig behandling, vil tvang i mange tilfælde ikke være aktuelt før efter nogle måneders frivillig forsøg, når svangerskabet nærmer sig sin afslutning.

Det svenske Socialdepartement har den 18. januar 2006 redegjort for de svenske regler på dette område. Ifølge den svenske lovgivning om tvang i behandling (LVM) er graviditet ikke i sig selv en indikation for tvangsmæssig indsats. Det er således alene kvindens eget behov for indsats, der er afgørende. Den svenske socialtjeneste og mødreomsorg har en vigtig rolle i den samlede indsats. Ved samordnet indsats kan de bidrage til at mindske misbruget og motivere til behandling. Behandling af gravide misbrugere er et af fem hovedområder i den svenske Socialstyrelses omfattende arbejde med at udarbejde nationale retningslinier for misbrugsindsatsen. Retningslinierne vedrører både socialtjenesten og sundhedsområdet og vedrører forebyggelse, identificering af problem, bedømmelse og behandling. Spørgsmål om indsats for gravide misbrugere indgår også i Alkoholkommitteens og "Mobilisering mod narkotikas" grunduddannelse for lokale og regionale behandlere.

**Spørgsmål nr. 548:**

”Hvilke tilbud gives i dag til gravide stof- og alkoholmisbrugere, og hvilken effekt vurderes disse at have i forhold til moderens misbrug og en forbedring af fosterets og det nyfødte barns psykiske, fysiske og sociale tilstand? Ministeren bedes herunder redegøre for hvilke samarbejdskrav, der gælder kommune og amt imellem, og i hvilket omfang der er regionale forskelle i de tilbud moderen får afhængig af hvilken kommune/amt hun bor i.”

**Svar:**

Social behandling for stofmisbrug sker med hjemmel i servicelovens § 85. Ifølge bestemmelsen har amtskommunen en pligt til at tilbyde social behandling for stofmisbrug inden for en frist på 14 dage efter stofmisbrugerens henvendelse til amtskommunen med ønske om at komme i behandling. Efter bestemmelsen kan en gravid stofmisbruger visiteres til forskellige former for ambulant/dagbehandling eller til døgnbehandling. Det er amtskommunen, der har forpligtelsen til at tilbyde social behandling, mens kommunen har pligt til at sørge for sociale tilbud i øvrigt. Der skal udarbejdes en plan for behandlingsindsatsen. Efter servicelovens § 111 skal den kommunale handlingsplan og den amtskommunale behandlingstilrettelæggelse koordineres med henblik på at tilvejebringe en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

Center for Rusmiddelforskning har til brug for besvarelsen oplyst, at erfaringerne peger på betydelige regionale og lokale forskelle i såvel tilbud som samarbejde med kommunale forvaltninger. Nogle amter har medarbejdere ansat specielt til denne opgave, fx har en del amter nedsat tværfaglige teams.

I anden sammenhæng modtog Socialministeriet i marts 2004 bidrag fra Amtsrådsforeningen, Københavns og Frederiksberg kommuner om indsatsen over for gravide stofmisbrugere i amterne. På baggrund af denne redegørelse kunne det konkluderes, at der på dette område i amterne er etableret et godt samarbejde, der rækker på tværs af fag og sektorer med henblik på tidlig opsporing og indsats. Samarbejdet understøttes af bestemmelsen om underretningspligt med hjemmel i servicelovens § 35, stk. 3.

Der er i mange amter indgået samarbejdsaftaler på området, fx har Vestsjællands Amt indgået en samarbejdsaftale mellem Holbæk Sygehus, kommunerne og misbrugscentret om tilbud, behandling og koordination af indsatsen. Gravide stofmisbrugere tilbydes omgående undersøgelse og rådgivning via Holbæk Sygehus, dernæst tilbydes døgnbehandling i beskyttede rammer for at mindste fosterskader, m.m. Såfremt stoffrihed må anses som urealistisk eller til skade for fostret, er det overordnede mål således stabilitet.

I Københavns Kommune tilbydes gravide stofmisbrugere og stofmisbrugere med børn hjælp fra Familieambulatoriet på Thorasvej. Gennem et tæt samarbejde med de sociale myndigheder, Familieambulatoriet på Hvidovre Hospital og fødeafdelingen på Rigshospitalet, ydes en indsats til forældre med stofafhængighed. Man foretager forældreegnethedsvurderinger samt vejleder og rådgiver forældre og myndigheder i børnesamværsager.

Center for Rusmiddelforskning har igangsat et projekt støttet af Socialministeriet: ”Gravide kvinder efter døgnbehandling for deres afhængighed af rusmidler.” Formålet med dette projekt er at undersøge, hvordan det går gravide kvinder i forbindelse med og efter afsluttet stoffri døgnbehandling. Der vil i projektet blive indhentet viden om kvinderne og deres børn. Projektet afsluttes december 2006 og rapport foreligger medio 2007.

**Spørgsmål nr. 549:**

”Hvornår får man som gravid et tilbud om behandling, når man er kendt som misbruger?”

**Svar:**

Reglerne i servicelovens § 35, stk. 3 om underretningspligt vedrørende gravide misbrugere omfatter ansatte i social- og sundhedsvæsenet, som har kontakt med gravide med alvorlige misbrugsproblemer. Der kan være tale om læger, privatpraktiserende psykologer, jordemødre, ansatte i private krisecentre og væresteder mv. Underretningspligten indtræder, når der ikke er rimelig mulighed for gennem egen virksomhed i tide at afhjælpe vanskelighederne, herunder gennem rådgivning og vejledning af den gravide samt gennem dialog og samarbejde eventuelt med henblik på inddragelse af kommunen.

Formålet med underretningspligten er at støtte kommunerne i løsningen af deres rådgivningsopgave efter servicelovens § 3, herunder forpligtelsen til at være opmærksom på, om den enkelte har behov for hjælp efter serviceloven eller efter anden lovgivning.

Underretning til kommunen kan give mulighed for, at den gravide tilbydes relevant hjælp på et tidligt tidspunkt og dermed mindske risikoen for, at barnet får skader som følge af moderens stofmisbrug.

Gravide stofmisbrugere, der ønsker at komme i behandling, er omfattet af den sociale behandlingsgaranti på 14 dage i henhold til servicelovens § 85.

Center for Rusmiddelforskning har oplyst, at uanset om der er nedsat særlige teams eller ej har gravide misbrugere høj prioritet i samtlige offentlige behandlingscentre, inkl. sygehusregi. Typisk sættes tilbud om rådgivning, soci-

al støtte og behandlingsindsats straks i værk, så snart en misbruger henvender sig og fortæller, at hun er gravid.

**Spørgsmål nr. 550:**

”Ministeren bedes oplyse det anslåede årlige antal gravide stof- og alkoholmisbrugere, og hvor stor en andel af disse det med de gældende regler/muligheder lykkes at få i behandling for misbruget under graviditeten.”

**Svar:**

Undersøgelsen ”Graviditeter og fødsler blandt stofmisbrugere i Danmark 1990-2001”, som blev udarbejdet af Embedslægeinstitutionen for København og Frederiksberg kommuner i 2004 viser, at der i perioden var 4.698 gravide kvinder, som enten var registreret i behandlingssystemet, eller som fødte børn med stofabstinenser. I perioden 1996 til 2001 var der således årligt i gennemsnit ca. 392 gravide kvinder med stofmisbrug. Undersøgelsen viser endvidere, at graviditeterne i perioden resulterede i 2.424 levende fødte børn eller i gennemsnit 202 børn årligt.

Samme undersøgelse viser, at der fra 1996 til 2001 blev født 518 børn med stofabstinenser, gennemsnitligt svarende til 86 børn om året. Af det samlede antal børn i perioden blev 243 børn (47 pct.) født af en mor, som ikke i forvejen var kendt i behandlingssystemet. Det skønnes således, at der årligt fødes ca. 40 børn med stofabstinenser, hvor moderen ikke er i behandling for stofmisbrug.

Af de 202 børn, der fødes om året af kvinder med stofmisbrug skønnes ca. 20 pct. at blive født af en mor, som ikke er i kontakt med behandlingssystemet under graviditeten.

Langt hovedparten af de gravide stofmisbrugere i behandling er i ambulante behandling under graviditeten.

**Spørgsmål nr. 551:**

”Hvilke oplysninger har ministeren om den psykiske, fysiske og sociale tilstand for børn af gravide misbrugere lige efter fødslen og efter en længere årrække fordelt på børn af mødre, der kom i behandling under graviditeten henholdsvis børn af mødre, der fortsatte deres misbrug under graviditeten.”

**Svar:**

Gravide stofmisbrugere tilhører en højrisikogruppe, både når det gælder fødselskomplikationer og lidelser hos barnet. Mødrene er ofte præget af lang tids misbrug. De kan være svage med få personlige ressourcer og sparsomt socialt netværk. De kan ofte være involveret i kriminalitet eller prostitution. Kun få kommer varigt ud af misbruget i forbindelse med en graviditet. Gravide stofmisbrugere har øget risiko for at være smittet med bl.a. HIV og hepatitis B og C, og deres børn er ofte væksthæmmede eller fødes for tidligt. I forbindelse med fødslen er der øget risiko for iltmangel og andre komplikationer. Efter fødslen trues barnet af abstinenskrampe, fejludvikling og omsorgssvigt, hvis der ikke sættes ind med den rette behandling samt relevante sociale foranstaltninger.

Dødelighedsraten blandt de levendefødte børn af stofmisbrugere er tre gange så høj som hos den øvrige befolkning, særligt i de 2 første år. Godt 50 pct. af børnene fødes for tidligt og vejer for lidt ved fødslen. Det nærmere omfang af skader er svært at vurdere, da det er svært at skelne mellem skader opstået under graviditeten og skader opstået ved efterfølgende omsorgssvigt.

I perioden 1990 – 2001 blev der i alt født 2424 børn af stofmisbrugende mødre, hvoraf der i perioden 1996 – 2001 blev født 518 børn med abstinenser efter fødslen.

Generelt er børn, som vokser op i en familie præget af misbrug, risikobørn. Mange af børnene vokser op under utrygge og ustabile forhold, hvor de udsættes for omsorgssvigt og overgreb, inklusiv seksuelle overgreb. Dertil kommer, at mange af børnene har kontaktforstyrrelser, dårlig koncentrationssevne, indlæringsproblemer, adfærdsproblemer, DAMP m.m.

Det vurderes, at misbrug hos forældrene er en del af årsagen til anbringelsen i op mod 40 procent af alle anbringelser.

De fleste undersøgelser konkluderer, at en tidlig indsats er central. Både det høje aborttal og risikoen for skader under graviditeten understreger, at præventionsindsatsen i forhold til disse kvinder er meget central. Er kvinden først gravid kan behandling og afvænnning mindske risikoen for skader på barnet markant. Erfaringerne viser dog, at det ofte er svært at få kvinder med langvarigt misbrug ud af misbruget. Efter fødslen kan der skabes bedre betingelser for barnet ved en sammenhængende indsats over for familien.

Socialministeriet har støttet flere projekter omkring børn i misbrugsfamilier. Bl.a. blev der i satspuljeforhandlingerne i 2004 afsat 80 mill. kr. til indsatsen over for børn af forældre, der er i behandling for misbrug eller psykiske lidelser. Kommuner, amter, m.fl. har kunnet søge om finansiering af diverse projekter via disse midler. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ligeledes

støttet forskellige projekter i forhold til børn i misbrugsfamilier, bl.a. i forhold til at styrke den tværfaglige indsats.

Center for Rusmiddelforskning har oplyst, at sammenligner man gravide stofmisbrugere, der modtager svangretilbud i form af jordemoderkonsultationer med gravide misbrugere, der ikke modtager sådan et tilbud, så viser undersøgelser, at misbruget mindskes. Dermed mindskes (risikoen for) skader på børnene hos dem, der modtager råd og vejledning fra jordemoder, uanset at begge grupper fortsætter med misbrug.

Ser man på gravide, der modtager substitutionsbehandling under graviditeten viser en undersøgelse, at kvinder, der indskrives i tilbud, hvor der eksempelvis er før-fødselstilbud, tilbagefaldsforebyggelse og behandlingstilbud til børn, så modtager disse kvinder tre gange så mange besøg/konsultationer af en jordemoder før fødslen og får bedre udkomme ved fødslen (bedre fødsel og mindre skadede børn) end kvinder i standard metadonprogrammer.

Undersøgelser viser desuden, at tilbud til gravide misbrugere, der kombinerer svangretilbud, undervisning i barnepleje og forældreskab og undervisning i ernæring - og som samtidig tager vare på de praktiske problemer kvinderne oplever (der kan hindre dem i at deltage i behandlingen), såsom transport til og fra behandlingen og børnepasning, kan medvirke til et bedre forløb. Dette kan være i form af reduktion i stofbrug eller decideret afholdenhed, til at kvinderne fastholdes i behandling (retention), og tilmed kan det øge sandsynligheden for et godt perinatalt udkomme.

### **Spørgsmål nr. 552:**

”Ministeren bedes redegøre for udviklingen de seneste 10 år i antal gravide stof- og alkoholmisbrugere samt antal nyfødte børn med skader/bivirkninger som følge af moderens misbrug.”

### **Svar:**

Den under svar på spørgsmål 550 nævnte registerundersøgelse afdækker antallet af graviditeter blandt stofmisbrugere i behandling i Danmark fra 1990-2001. Det drejer sig om 4698 kvinder. Data er efterfølgende sammenlignet med en 10 gange større population udtrukket fra baggrundsbefolkningen.

Undersøgelsen viser overordnet, at disse udsatte kvinder stort set får samme antal børn som den øvrige befolkning, dvs. 1,6 – 1,7 barn pr. kvinde, men ca. 2,5 gang flere provokerede aborter. Resultatet skal ses i lyset af, at denne gruppe af kvinder må beskrives som nogle af de hårdest belastede kvinder, med dårlige forudsætninger for at tage vare på egne børn. Blandt de levende fødte børn er der en tre gange større dødelighedsrate blandt misbrugernes børn særligt i de første 2 leveår i forhold til baggrundsbefolkningen. Undersøgelsen finder også, at omkring 6 pct. af de levende fødte børn fødes med

abstinenssymptomer, heraf bliver ca. halvdelen født af mødre, der hverken før eller efter fødslen kommer i stofmisbrugsbehandling.

### **Spørgsmål 553:**

”I hvilket omfang har lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling været anvendt, og hvilke erfaringer har man fået på denne baggrund?”

### **Svar**

Loven om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling trådte i kraft den 1. juli 1992. Loven er herefter taget op til revision i alt 4 gange og revisionsbestemmelsen er nu ophævet.

Baggrunden for indførelse af ordningen med tilbageholdelsesmulighed for stofmisbrugere i 1992 var især at støtte yngre stofmisbrugere over 18 år, der er motiveret for behandling, og som endnu ikke i større omfang er kommet i konflikt med straffeloven som følge af misbruget, men andre aldersgrupper bør også kunne få tilbuddet.

Loven er baseret på 3-dobbelt frivillighed: For det første er det den enkelte amtskommune, der tager stilling til, om man vil anvende loven. For det andet kræves der konkret beslutning om at tilbyde en stofmisbruger at indgå kontrakt om behandling for stofmisbrug med mulighed for tilbageholdelse. Og for det tredje kræves der tilslutning fra den stofmisbrugers side, som har fået tilbud om kontrakt af den omhandlede type.

Loven er ikke blevet anvendt på et eneste tilfælde. Der er trods den manglende anvendelse truffet principiel beslutning i Ribe, Vestsjællands og Frederiksborg amtskommuner om, at man vil benytte lovens muligheder. I Ribe Amtskommune er beslutningen om anvendelsen begrænset til gravide stofmisbrugere.

Den gennemgående begrundelse for den manglende anvendelse har været, at man finder, at stofmisbrugsbehandlingen bør baseres på frivillighed og ikke på tvang.

Der er opstillet en række garantier i forbindelse med anvendelse af tilbageholdelsesordningen, der skal sikre misbrugerens rettigheder.

Der er gennem 90'erne sket en væsentlig faglig udvikling i misbrugsbehandlingen. Det tværfaglige arbejde er udviklet og styrket i amterne mellem sektorerne og lovgivning om underretningspligt, tværfaglige teams samt behandlingsgaranti har bidraget til, at langt flere kommer i behandling end i begyndelsen af 90'erne, hvor loven blev vedtaget. Den faglige vurdering og

tilgang til problemstillingen er endvidere, at størst mulig motivation er helt afgørende for et heldigt udfald af behandlingen. Og dette tilsammen vurderes at være en væsentlig årsag til, at denne lov ikke konkret er blevet anvendt.

**Spørgsmål nr. 554:**

”Hvilke afvejsninger bør der efter ministerens vurdering foretages i forbindelse med overvejelser om, hvorvidt man i Danmark skal indføre regler om tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling af gravide stofmisbrugere?”

**Svar:**

Der er efter eksisterende lovgivning mulighed for at tilbageholde gravide stofmisbrugere med hjemmel i lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling. Om reglens anvendelse henvises til besvarelse af spørgsmål 553.

Det er vigtigt med tidlig intervention og et tæt tværsektorielt samarbejde. En mulighed for at træffe beslutning om tvangstilbageholdelse eller tvangsbehandling vil kunne bidrage til at gravide stofmisbrugere ikke henvender sig til myndighederne med den følge, at fosteret lider større skade. Disse betragtninger er også indgået i de norske og svenske overvejelser. Der er dog ikke gennemført nogen empiriske studier, som giver belæg for at noget sådant er sket. På den anden side er der eksempler på, at kvinder selv har ønsket en tvangstilbageholdelse, uden at en sådan er blevet iværksat.

Udgangspunktet må være, at det er fostret og det kommende barn, som i første række skal beskyttes. I situationer, hvor moderen ikke overholder en behandling med den følge, at det åbenlyst skader fostret, kunne en tvangstilbageholdelse sikre, at moderen afskæres fra indtag af stoffer og kommer i en medicinsk kontrolleret behandling.

Med hensyn til brug af tvangsbehandling, er det forbundet med store retssikkerhedsmæssige problemer at bruge tvang i behandling. I forhold til gravide stofmisbrugere vil tvang være forbundet med afholdelse fra at tage stoffer. Man kan forhindre stofindtagelse ved afskærmning i forbindelse med en tvangstilbageholdelse i døgntilbud, som der er mulighed for i dag.

**Spørgsmål nr. 555:**

”I hvor mange tilfælde årligt skønner ministeren at det kunne blive aktuelt at bringe eventuelle regler om tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling af gravide misbrugere i anvendelse?”

**Svar:**

Ifølge de gældende regler, kan tvangstilbageholdelse af stofmisbrugere kun ske under forudsætning af et forudgående samtykke fra den enkelte, og at behandlingen foregår i døgnregi.

Såfremt gældende lovgivning ændres således, at amtskommunerne forpligtes til at tilbyde den enkelte gravide stofmisbruger i behandling at indgå en kontrakt om tvangstilbageholdelse under behandlingsforløbet, og den gravide stofmisbruger får en ret til at indgå kontrakt, skønnes det, at der vil blive indgået kontrakt i mellem 5 og 10 behandlingsforløb om året. Skønnet baseres på oplysninger fra DanRIS, som viser, at der i løbet af 2004 var 10 og i løbet af 2005 9 gravide kvinder i døgnbehandling for stofmisbrug og fra norske erfaringer.

**Spørgsmål nr. 556:**

”Mener ministeren, at de enkelte kommuner og amter/regioner har den fornødne ekspertise, når der henses til antallet af gravide misbrugere, eller mener ministeren, at det kunne være hensigtsmæssigt med oprettelse af centrale ekspertiseenheder?”

**Svar:**

Indsatsen i kommuner og amter er præget af en høj faglig viden inden for de enkelte sektorer og på tværs af sektorer. Denne faglige viden videreføres med kommunalreformen, hvorefter det er kommunerne, der får det samlede myndighedsansvar på det sociale område.

Som led i kommunalreformen er der fra centralt hold skabt nogle nye redskaber i den sociale værktøjskasse: VISO og Tilbudsportalen.

Med VISO bliver der et nationalt netværk af specialister på det sociale område, som kan hjælpe kommuner og borgere med den mest specialiserede specialrådgivning og hjælpe kommuner med udredning i de allermest specialiserede sager. Det er vigtigt, at kommunerne bruger VISO i den konkrete sagsbehandling, så borgerne med specielle eller sjældne problemer får den helt rigtige hjælp.

Mens VISO hjælper med specialrådgivning og udredning, så borgeren kan få den bedst mulige hjælp i den konkrete sag, så er Tilbudsportalen en hjælp til at realisere løsningen. Tilbudsportalen giver for første gang et overblik over kommunale, regionale og private tilbud på det sociale område i hele landet.

Det er kun de tilbud, der er på portalen, som kommunerne kan benytte sig af. Det er nemlig et krav, at et tilbud er registret for at kunne bruges.

Eva Kjer Hansen

/Frode Svendsen